Rok XLIX. Kraków, dnia 21. maja 1910. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy.

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego,

naczelnego lekarza Sanatoryum w Zakopanem.

(Ciąg dalszy).

Sprawa ta dziś, po odkryciu całego szeregu objawów z dziedziny »anafilaksyi«, staje się jeszcze bardziej powikłaną, skoro zważymy, że w działaniu rozmaitych ciał białkowych, roślinnych lub zwierzęcych, trujących lub nie trujących, powinien zachodzić jakiś bliższy nieznany nam dotąd związek, że działanie to musi podlegać jakiemuś prawu biologicznemu, którego istoty również nie znamy.

Wracamy do głównego przedmiotu.

Celem swoistego leczenia gruźlicy powinno być usunięcie przedewszystkiem jej przyczyny, a więc zniknięcie prątka i usunięcie wszelkich szkodliwych, z działania jego dla ustroju wynikłych skutków. Dalsze zaś zadanie powinno polegać na zabezpieczeniu ustroju od nowego wkroczenia prątka, t. j. od »zakażenia dodatkowego (additionnelle Infektion) lub od »reinfekcyi«, czyli »przerzutowego samozakażenia« (metastatische Autoinfection) wedle terminologii Behringa. Innemi słowy: uodpornienie przeciw gruźlicy powinno być uodpornieniem przeciw lasecznikowi tbc.

Jak stoi tu sprawa? Już z pierwszych prac Kocha jasno wynika, że genialny ten uczony nie znajduje w T środka, zdolnego działać bezpośrednio niszcząco na tbc, lecz widzi w nim tylko działanie uodporniające przeciw toksynom gruźliczym; mamy tu do czynienia — powiada on — właściwie z uodpornieniem przeciw »toksynom« (Toxinimmunität), a nie przeciw bakteryom« [5]). Dlatego też w kilka lat po wynalezieniu T całą swą myśl kieruje Koch ku wynalezieniu preparatów, mogących dać właśnie owo »bakteryjne uodpornienie«. Nie będziemy tu wchodzić w szczegóły przygotowania TR lub BE, ani w dziedzinę wielkich nadziei, pokładanych przez Kocha w preparacie TR, o którego doskonałości stanowczo twierdził w ten sposób, że »nie można już oczekiwać dalszych ulepszeń tego preparatu« [6]). Wprawdzie w 4 lata później wbrew tym twierdzeniom wygotował nową tuberkulinę BE, o której znów Bandelier powiada, że daleko jest czynniejsza od TR, gdyż »zawiera in toto roztarte laseczniki, gdy TR tylko pewną kładową ich część« [7]). Nie będziemy również mówili o całym szeregu sprzeczności u samego Kocha przy klinicznem stosowaniu T lub BE, gdyż je dawniej szczegółowo omówiliśmy. Chodzi nam o zaznaczenie dwóch rzeczy. Po pierwsze, że preparaty TR lub BE, które miały uodpornić chorego przeciw tbc, nawet wśród gorących zwolenników Kocha znacznie mniej są używane, niż T. Widocznie, iż teoretycznie pobudowane w myśli Kocha uodpornienie klinicznie się nie sprawdziło. Po drugie, używana na wielką skalę T daje dziś w swych wynikach to, co już wyraźnie podkreślił Koch przed kilkunastu laty, mówiąc: »Dochodzimy ostatecznie do zupełnego uodpornienia przeciw tuberkulinie, które może trwać kilka miesięcy, ale na laseczniki tbc uodpornienie to nie wywiera najmniejszego wpływu (Ibid. D. m. W. 1897, Nr 14).

Innemi słowy, ustrój ludzki można uodpornić przeciw dużym dawkom stosowanego preparatu. Praktyka zaś wskazuje — i to już jest rzecz nowsza — że można, używając stopniowo jednego preparatu uodpornić jednocześnie przeciw dużym dawkom innego, a więc stosując np. stopniowo BE, można uodpornić nietylko przeciw KE, ale i przeciw T. Ale czegóż to dowodzi? Tylko jednego, że ustrój można stopniowo przyzwyczaić do dużych — przy metodzie Sahliego miliony razy większych od początkowych — dawek trucizny tak złożonej, jak różne tuberkuliny, pochodzące z tbc. Ale takie uodpornienie przeciw dużym dawkom tuberkulin wcale jeszcze nie oznacza uodpornienia przeciw lasecznikowi gruźliczemu.

To samo, co powiedział przed 18 laty Koch, to samo w ostatnich latach stwierdzają: Behring w swych doświadczeniach na zwierzętach, Wassermann zaś w swych spostrzeżeniach u ludzi. Pierwszy znajduje na sekcyi u bydła, u którego nadwrażliwość na tuberkulinę już znikła, »gruzełki w płucach z serowatą treścią, zawierającą laseczniki« [8]).

Drugi stwierdza u ludzi w chwili, gdy zdolność oddziaływania na tuberkulinę pod wpływem dłuższego leczenia już zgasła, że »chorzy wcale nie są wyleczeni z gruźlicy« [9]).

[5]) R. Koch: Ueber neue Tuberkulinpräparate. Deut. med. Wochs. 1897, Nr 14.

[6]) Ibid.

[7]) Bandelier: Ueber die Heilwirkung des Neutuberkulins (Bazillenemulsion). Zeitschr f. Hygiene, Tom 43.

[8]) Beitr. zur exper. Therapie. Zeszyt 5, str. XV.

[9]) III. Versammlung der Tuberkuloseärzte. Berlin, 1906, str. 2.

W ciągu więc kilkunastu lat sprawa uodpornienia człowieka przeciw gruźlicy w swych ostatecznych wynikach wielkiego kroku naprzód chyba nie uczyniła.

Dziwnem wydawać się to może, skoro zważymy olbrzymie wysiłki myśli ludzkiej w tym kierunku i wogóle niesłychane zdobycze naukowe w dziedzinie bakteryologii. Z drugiej jednak strony, to zatrzymanie się uodpornienia przeciw gruźlicy na »martwym punkcie«, znajduje swe usprawiedliwienie w tej wielkiej wagi okoliczności, że biologiczne działanie tuberkuliny lub tuberkulin na ustrój dotąd jest otoczone pewną mgłą tajemniczości. Znamy wprawdzie dokładnie zewnętrzne, kliniczne objawy odczynu tuberkulinowego, ale niewiadome nam jest bliższe działanie tuberkuliny na komórki ustroju.

Z historyi tuberkuliny wiadomo, że Koch wyjaśnił nam tylko anatomo-patologiczne zmiany pod wpływem działania tuberkuliny, i że wyjaśnienie to było jednostronne, gdyż jednocześnie z martwicą tkanki gruźliczej może nastąpić rozsianie sprawy z ognisk do miejsc zdrowych, jak to wykazały jednocześnie z badaniami Kocha badania pierwszorzędnych anatomo-patologów. Przypuszczając nawet, że tuberkulina niema takiego ujemnego działania, a tylko dodatnie, polegające na martwicy schorzałej tkanki i wydaleniu jej z ustroju, sprawa biologicznego działania tuberkuliny na cały ustrój gruźliczy na tem się jednak nie ogranicza. Stąd też ciągłe usiłowania, dążące do jej bliższego wyjaśnienia.

Zapytajmy, jakie są wyniki tych usiłowań?

Wiadomo, iż teorya Hertwiga[10]), usiłująca wytłómaczyć działanie tuberkuliny na ustrój gruźliczy przez ujemną chemotaksis białych ciałek krwi względem rozcieńczonej, wstrzykniętej z zewnątrz tuberkuliny, została obalona przez teoryę Wassermanna. Ale i ta teorya, przyjęta z początku z wielkim entuzyazmem, została wkrótce zachwiana przez L. Rabinowitschównę, Morgenrotha, Weila, Besredkę i innych. Cios zaś nader dotkliwy zadały jej prace Pirqueta i Wolff-Eisnera, które namacalnie dowiodły, że odczyn tuberkulinowy odbywa się u gruźliczych w tkankach zdrowych — jak skóra i spojówka oka, — a więc nie koniecznie tylko dokoła ognisk gruźliczych, wskutek połączenia wstrzykniętej tuberkuliny z antytuberkuliną tkankową, jak twierdził Wassermann.

Wracamy więc do pytania, na czem polega istota odczynu tuberkulinowego? Pirquet stara się ją wytłómaczyć zapomocą »allergii«, w jaką popada ustrój pod wpływem wprowadzenia doń każdego obcego białka, a więc w postaci preparatów bakteryologicznych, tych lub innych. Ale, pomimo iż teorya ta jest zbudowana na pozytywnych danych, wątpliwem jest, czy zdoła wytłómaczyć różne powikłane zjawiska z dziedziny przez nas poruszonej.

Już w samem działaniu obcego białka, nie pochodzącego z bakteryi, — są zjawiska wielce dziwne. Weźmy np. przenoszenie bierne stanu »anafilaksyi« na zwierzęta świeże przez wstrzykiwanie surowicy zwierząt »anafilaktyzowanych«. O ile nam z dostępnej literatury wiadomo, zjawisko podobne niema analogii na większą skalę przy stosowaniu preparatów bakteryologicznych z tbc u zwierząt i ludzi. Próby takie — jak zresztą autor sam to uznaje — nie udały się np. przed 2 laty U. Friedemannowi ze wstrzykiwaniem surowicy, pochodzącej z krwi świnek morskich, traktowanych wstrzykiwaniem hodowli mieszanych tbc i ptbc świnkom morskim zdrowym i poddanym następnie próbie tuberkulinowej. Po wstrzyknięciu 0·4 cm³ starej tuberkuliny świnkom, którym uprzednio wstrzyknięto surowicę, pochodzącą ze świnek, traktowanych hodowlami lasecznika, oraz świnkom świeżym, nie widzi autor żadnej różnicy między jednemi a drugiemi ([18]).

Natomiast zaznaczyć należy, że próby takie udały się częściowo Yamanouchi i Bauerowi, i to nietylko z surowicą »homologiczną«, ale i obcą (heterogen). Pierwszy bowiem, wstrzykując krew pochodzącą z ludzi gruźliczych lub wziętą z ludzi zmarłych na gruźlicę królikom, otrzymywał u nich wyraźne objawy anafilaksyi po 2-krotnem (dokonanem po upływie 24—48 godz.) wstrzyknięciu wyciągu z T lub BF (»Bouillon filtre« Denysa z tbc), lub inne preparaty. Ale krew gruźliczych świnek morskich lub psów, którym szczepiono podskórnie hodowle tbc, objawów anafilaksyi u królików nie wywoływała ([77]).

Natomiast próby Bauera, przy których autor używał jako surowicy »anafilaktycznej«, surowicy gruźliczych świnek morskich lub ludzi, wywoływały wyraźny stan anafilaksyi u świnek morskich, pod warunkiem, aby próba tuberkulinowa odbyła się nie wcześniej, niż w 15 godzin po wstrzyknięciu surowicy; najwcześniejsze zaś objawy anafilaksyi ukazywały się wówczas, gdy tuberkulinę wstrzyknięto w 24—48 godz. po surowicy ([4]). Autor podkreśla przytem mocno ten fakt, że świnki, na które przeniesiono sposobem biernym »nadwrażliwość na tuberkulinę« wcale gruźliczemi nie były, ani też niemi nie zostały, jak wykazały sekcye, dokonane w 1—3 miesiące po tych próbach »biernej anafilaksyi« ([5]).

W każdym razie, zestawiając wyniki prób Friedemanna, Yamanouchi i Bauera, widzimy w tej specyalnej sprawie rzeczy niejasne i sprzeczne.

Idźmy dalej. Weźmy np. znany objaw Teobalda Smitha. Czyż nie wydaje się on zjawiskiem paradoksalnem, skoro zważymy, że toksyna i antytoksyna błonicza — zarówno »in vitro«, jak i w ustroju zwierzęcym — wzajemnie się zobojętniają. Tymczasem wprowadzają one zwierzęta w stan anafilaksyi. Wreszcie w sposobach zapobiegawczego leczenia anafilaksyi, podanych np. przez Besredkę, są rzeczy, wprawdzie oparte na doświadczeniach, wymagające jednak z powodu swej paradoksalności ścisłego teoretycznego uzasadnienia ze stanowiska biologicznego ([8]). Pomimo więc całej wartości doświadczenia w sprawie »anafilaksyi«, widzimy zjawiska tak paradoksalne, że niepodobna ich połączyć nicią biologiczną w jedną harmonijną całość. Stąd nasuwa się pytanie, czy zapomocą teoryi »allergii« Pirqueta można wytłómaczyć rozmaite zagadnienia z dziedziny działania preparatów tbc na ustrój ludzki? Pytanie np., dlaczego nie spotykamy odczynu Pirqueta lub Wolff-Eisnera u ludzi ciężko chorych na gruźlicę? Tłómaczą to utartym komunałem: przeładowaniem w takim razie ustroju jadami z tbc. Ale dowodów na to niema, — są zaś przeciwne. Wolff-Eisner na podstawie licznych doświadczeń twierdzi, że tuberkuliny pochodzenia tkankowego często można nie znaleźć u ciężko chorych, gdyż jest bądź pochłonięta przez fagocyty, bądź wyłapana przez odpowiednie chwytnik

[10]) Patrz Hertwig: Ueber die physiologische Grundlage der Tuberkulinwirkung. Jena, 1891.

w tkance łącznej lub w innych narządach. W każdym razie znika z surowicy. Powtóre, skoro istnieją — zgodnie z teoryą Pirqueta — niweczniki (Antikörper), to każde wprowadzenie antygenu do ustroju (w danym przypadku tuberkuliny) powinno wywoływać odczyn, zarówno u ciężko, jak i u lekko chorych; — różnica może być tylko ilościowa, lecz nie jakościowa. Dalej, poważne argumenty przeciw Pirquetowi podnoszą Hamburger ([23]) i Wolff-Eisner. Istotnie, dlaczego kilkakrotne wprowadzenie tuberkuliny do zdrowego ustroju nie wywołuje odczynu, skoro wedle podstawowych zasad teoryi Pirqueta powinno go wywoływać? Wolft-Eisner podnosi przeciw »allergii« i zjawiska wręcz odwrotne, jak np. odczyn miejscowy, wykazany przez Linka u zdrowych ludzi, przy pierwszem zetknięciu się z jadem duru brzusznego lub paratyfusu lub lasecznika okrężnicy. Tłómaczy to w przeciwstawieniu do tuberkuliny wprawdzie tem, że są to toksyny »pierwotnie jadowite« (primär giftig), gdy tuberkulina do takich nie należy. Tłómaczenie takie możnaby przyjąć prowizorycznie. Ale dlaczego w takim razie odczyn miejscowy występuje przy pierwszem stosowaniu toksyny błoniczej w odpowiedniem zgęszczeniu u zdrowych, jest słabszy albo też wcale nie pokazuje się, jak to wykazał Schick, u dzieci chorych na błonicę i leczonych surowicą? Schick też uznaje, że z takimi wynikami pojęcie o odczynie błoniczym, jako czysto »allergicznym«, nie da się pogodzić ([58]).

Teorya więc Pirqueta nie tłómaczy nam całego szeregu zjawisk z dziedziny działania preparatów bakteryologicznych wogóle, a tem samem w sprawie nas bezpośrednio dotyczącej, t. j. w działaniu tuberkuliny na ustrój. Syntetyzując tę teoryę, robi słuszną uwagę Müller, a mianowicie, że »wzmożona allergiczna zdolność odczynu« przez wprowadzanie drobnych ilości antygenu, która powinnaby pobudzać ustrój do niezmiernie szybkiego i intenzywnego wytwarzania niweczników (Antikörper), a więc działać dodatnio, zdaje się, wiedzie do wręcz przeciwnych następstw, a mianowicie do zmniejszenia odporności ustroju« ([39] str. 305).

Wolff-Eisner, krytykując teoryę Pirqueta, stawia swą własną, mającą jednak w tem wspólne podstawy z Pirquetem, że każde obce białko uważa on za truciznę dla ustroju, a więc i białko bakteryalne. Różnica między jadowitością odrębnych gatunków białka jest tylko ilościowa. Każde zaś obce białko działa jak endotoksyna ([74]). Nad teoryą tą chwilę się zatrzymamy z zapytaniem, czy wyjaśnia nam powikłane zjawiska z dziedziny swoistego leczenia gruźlicy. Zjawiska te, wedle Wolff-Eisnera, dają się wytłómaczyć zapomocą »lizyn«, wyzwalających z ciała lasecznika endotoksyny, których wytwarzanie się w zestawieniu z wytwarzaniem się antytoksyn, oraz ich rolę w sprawie uodpornienia ustroju, Wolff-Eisner głęboko ujął już przed 5 laty i z wielkim talentem nakreślił ([70]). Obok nich na plan pierwszy występuje czynnik indywidualny, t. j. »nadwrażliwość« (Überempflindlichkeit). Zdaniem Wolff-Eisnera, wogóle w chorobach o bakteryolitycznej formie uodpornienia »gra ona rozstrzygającą rolę przy ustąpieniu zakażenia« ([76] str. 309).

Wolff-Eisner powiada, że tuberkulina nie zawdzięcza swego działania ani substancyom kwasoopornym (woskom i tłuszczom), ani albumozom, lecz odłamkom (Splitter), zawartym w ciele lasecznika ([73]). Działanie to zaczyna się od rozpuszczenia (»lysis«) znajdujących się w niej »odłamków« (Bacillensplitter), wynalezionych przez Duelsa i wykazanych później na preparatach przez Wolff-Eisnera po przesączeniu przez świeczkę Berkefelda. Te »odłamki« stają się ultramikroskopowymi. W tym razie działanie ich będzie tylko ilościowo różne. Zawsze jednak »odłamki« pozostają jedynym elementem czynnym w tuberkulinie ([73] i [75]). Że rola endotoksyn i lizyn jest ważna w walce ustroju z zakażeniem, to rzecz znana, ale granice ich działania nie są jeszcze dokładnie określone, a więc pozostaje nierozstrzygnięte pytanie, czy stosownie do różnych okresów zakażenia nie odgrywają one roli broni czasem bardzo obosiecznej. Również ważna jest rola »nadwrażliwości« w walce ustroju z zakażeniem (wedle Wolff-Eisnera nawet ważniejsza, niż lizyn). Lecz niestety rola tego indywidualnego i kapryśnego objawu pełna jest tajemnic. Już wynalazca jego, Behring, nazywał go »paradoksalnym«. Pisano o nim dużo; specyalnie w stosunku do gruźlicy znana jest praca Löwensteina i Rappoporta. Stoimy jednak na tym samym punkcie, że »nadwrażliwość« jest jedną z faz uodpornienia, nie wiadomo tylko, gdzie granica między jednym objawem, a drugim. W leczeniu zaś swoistem gruźlicy właśnie określenie tej granicy jest rzeczą pierwszorzędnej wagi, jak nas poucza praktyka. Otóż obszerne teoretyczne wywody Wolff-Eisnera sprawy tej — zdaniem naszem — nie wyjaśniają. Wogóle teorya ta pozostawia różne sprawy z dziedziny swoistego leczenia gruźlicy niewyjaśnionemi. Wolff-Eisner twierdzi niejednokrotnie, że tylko ten oddziaływa na tuberkulinę, kto dziś jest lub kiedyś był zakażony przez tbc, bo tylko w takim razie ustrój zawiera »lizyny«, stanowiące »conditio sine qua non« uwolnienia endotoksyn z »odłamków« (Splitter), a więc działania tuberkuliny. Ludzie zdrowi — twierdzi Wolff-Eisner — »lizyn« nie posiadają, więc na tuberkulinę nie oddziaływają. Dzieje się jednak czasem, że i zdrowi oddziaływają. Dla wyjaśnienia tej sprzeczności Wolff-Eisner sam wpada z sobą w sprzeczność, twierdząc, że »zdrowy ustrój«, który nigdy nie był w zetknięciu się z lasecznikiem tbc, może zawierać »lizyny« ([76] str. 261). I naodwrót brak odczynu u zdrowego po kilkakrotnem wstrzyknięciu tuberkuliny — które powinno wytwarzać »lizyny«, a za niemi »nadwrażliwość« — tłómaczy tem, »że tylko żywe laseczniki zdolne są wytwarzać te lizyny« (ibid. str. 256). Ale tu znów sprzeczność, gdyż autor zasadniczo twierdzi niejednokrotnie, że w działaniu na ustrój między żywymi, a martwymi tbc różnica jest tylko ilościowa. Dla wytłómaczenia zaś tej wyraźnie jakościowej różnicy działania między tuberkuliną, a żywymi tbc powiada on, że dalsze poszukiwania wyjaśnią »czy chodzi tu tylko o stosunki ilościowe, czy też czasem żywe tbc nie posiadają specyalnych właściwości, których brak ich pochodnym (Derivate)« (ibid. str. 265).

Widzimy więc tu różne sprzeczności. Sprzeczności te w różnych szczegółach, dotyczących swoistego leczenia, odbijają się jeszcze wyraźniej na tle niejasności w dwóch podstawowych rzeczach, stanowiących punkt wyjścia całej teoryi Wolff-Eisnera: »lizyny« i »nadwrażliwość«. Raz wydaje się, że one to, zdaniem autora, grają pierwszorzędną rolę w uodpornieniu przeciw gruźlicy, choć znów drugim razem powiada, »że same przez się nie są zdolne walki przeciw

gruźlicy skutecznie przeprowadzić« (ibid. str. 293). To znów wydaje się, że pierwszorzędną rolę odgrywa »nadwrażliwość«, ale autor przyznaje, że przy stosowaniu tuberkuliny, »nie możemy nad jej objawami tak panować, abyśmy mogli wyzyskać je z korzyścią dla celów leczniczych« (ibid. str. 294). W związku z temi wahaniami jest niejasno postawiona najbliżej nas klinicystów obchodząca sprawa wskazań do leczenia tuberkuliną. Spotykamy u Wolff-Eisnera tylko dwa wyraźne wskazania: dla tocznia skóry lub ograniczonej gruźlicy kości z jednej strony, dla chorych daleko posuniętych z drugiej. W pierwszym przypadku tuberkulina ma wywołać »przestrojenie«, »przeróbkę« (Umstimmung) całego ustroju, gdyż »z tak umiejscowionych ognisk wytwory przemiany materyi nie dostają się do ogólnego obiegu krwi« (tuberkulina tkankowa, przyp. autora). W drugim razie ma być działanie tuberkuliny, dzięki uwiązaniu jej przez podrzędne chwytniki na mniej życiowo ważne narządy, »a tem samem szkodliwe następstwa wessania tuberkuliny w ogniskach (gorączka, poty nocne itd. itd.) zmniejszone« (ibid str. 295—296).

Być może, iż twierdzenia takie dadzą się sprawdzić na wielkim materyale klinicznym, ale jak dotąd mają one raczej hipotetyczny charakter i podlegają na niektórych punktach zakwestyonowaniu. Wogóle teorya Wolff-Eisnera, przedstawiając nam mechanizm biologicznego działania tuberkuliny, nie wyjaśnia, na równi z innemi teoryami, niektórych ważnych, wyżej podnoszonych zjawisk klinicznych z dziedziny swoistego leczenia gruźlicy.

Zestawiając te różne teorye, stajemy znów przed zasadniczem zagadnieniem, jakie się nasuwa, skoro zważymy panujące dziś dwie główne teorye w dziedzinie uodpornienia ustroju na zakażenie. Ostatecznie bowiem nie wiemy, czy swoiste leczenie gruźlicy wiedzie do wzmożenia fagocytozy i uwolnienia na tej drodze ustroju od lasecznika czy też na drodze wytwarzania niweczników (Antikörper) o charakterze »bakteryobójczym«, czy też wreszcie przez antytoksyny, czy na tych drogach jednocześnie? Dodajmy do tego, że rola opsonin nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona.

Gdyby gruźlica była chorobą przeważnie toksyczną sądząc z dążeń Kocha w jego pierwszych epokowych pracach do uodpornienia przeciw toksynom (Giftimmunisation) i jakby to dziś jeszcze sądzić można było wobec utartej terminologii »zatrucie ustroju jadami tbc«, — w takim razie wyleczenie możnaby sobie wyobrażać przez działanie odpowiednich antytoksyn na drodze uodpornienia biernego lub czynnego. Wiemy, że próby w pierwszym kierunku nie przyniosły pożądanych wyników, pomimo twierdzeń Maragliano. Na drodze znów uodpornienia czynnego nie wykazano jeszcze doświadczalnie dotąd wytwarzania się ektoantytoksyn, ze względu na to, że ektotoksyny lasecznika gruźliczego nie są nam jeszcze dostatecznie znane. Z dostępnej nam literatury wiadomo, że Sahli stworzył teoryę wytwarzania się antytoksyn pod wpływem leczenia tuberkuliną; lecz teorya ta powstała nie na drodze doświadczeń, ale jest wynikiem spekulacyi czysto myślowych.

Przechodząc do innych, jeszcze niedostatecznie określonych postaci niweczników (Antikörper), zaznaczyć należy, że Pickert i Löwenstein wykazali istnienie w surowicy krwi gruźliczych »niweczników przeciwtuberkulinowych« (Tuberkulin-Antikörper), mających własność »zobojętniania« lub osłabienia swoistego działania tuberkuliny na skórę gruźliczych ([43]). Wykazali oni następnie, że te niweczniki przeciwtuberkulinowe wytwarzają się nietylko u chorych, leczonych swoiście, lecz i u chorych, leczonych zwykłą metodą higieniczno-dyetetyczną, których ustrój posiada specyalną odporność na zakażenie przez tbc; a więc zdaniem autorów istnieje pewien przyczynowy związek między tymi niweczn:kami i odpornością ustroju. Rzecz wielkiej wagi, ale nowa, wymagająca wielkiej ostrożności w ostatecznym sądzie, do której mamy prawo przy bezstronnem rozważaniu całej sprawy uodpornienia na gruźlicę. W związku z tem wspomnieć należy o doświadczeniach Christiana i Rosenblatówny. Wykazali oni u świnek morskich, którym wstrzykiwano BE, istnienie niweczników, ale sami zaznaczają, że »o ich naturze nic bliższego nie da się powiedzieć« ([12]). Engel i Bauer również zapomocą metody »wiązania dopełniacza« wykazali w surowicy krwi dzieci i dorosłych gruźliczych niweczniki, wiążące dopełniacze (komplementbindende Antikörper), w dużej zaś ilości u chorych, których stan był zadowalniający. Przypuszczają oni, że ciała te »wiążą jadowitą składową część tbc i tym sposobem na wzór antytoksyny usuwają ją z chorych ognisk w ustroju« ([17]). Jest to jednak przypuszczenie, niepoparte stanowczymi dowodami. Sprawa wytwarzania się niweczników w gruźlicy domaga się uporczywie rozstrzygnięcia na drodze doświadczalnej, tem bardziej, że panuje ogromne zamieszanie w umysłach z powodu wynalezionej przez Wassermanna »antytuberkuliny« u gruźliczych. Jak wiadomo, za Wassermannem S. Cohn, Lüdke, Wolff-Eisner, P. Bermbach i inni, wykazali zarówno u zwierząt gruźliczych, którym wstrzykiwano tuberkulinę lub martwe tbc, jak i u ludzi chorych na gruźlicę i leczonych swoiście lub nie, — istnienie »antytuberkuliny« we krwi. Nie będziemy wchodzić w różne szczegóły doświadczeń pomienionych autorów. Chodzi nam o wyniki. Otóż z wyjątkiem Bermbacha, który nazywa to ciało »Tuberkuloseimmunkörper« ([7]) — nie wykazując jednak bliżej jego roli w uodpornieniu ustroju na gruźlicę — inni kładą mocny nacisk na to, że »antytuberkulina« nie jest żadną antytoksyną dla ustroju, że jedyna jej rola polega na wiązaniu »dopełniacza«, że właściwa natura jej dotąd nam nie jest znana, że wreszcie z powodu pomieszania pojęć sama nazwa »antytuberkuliny« powinna być wykreślona i zastąpiona jakąś inną nazwą obojętną.

Istotnie, S. Cohn, mieszając tuberkulinę i »antytuberkulinę« w odpowiednim stosunku (przy którym następuje związanie »dopełniacza«) wywoływał przy wstrzyknięciu tej mieszaniny chorym taki sam odczyn, jak przy 1% tuberkulinie i nie otrzymywał odczynu u zdrowych. Zgodnie zaś z temi doświadczeniami kładzie on nacisk na spostrzeżenia kliniczne, a mianowicie, że bez względu na wysoką zawartość »antytuberkuliny« we krwi choroba u ludzi może szybko postępować i naodwrót ([17]).

Jeśli zważymy całe szeregi sprzeczności, związanych z działaniem preparatów z tbc na ustrój gruźliczy ludzki, to musimy dojść do bezstronnego wniosku, że sprawa uodpornienia ustroju zapomocą tych preparatów na gruźlicę, a więc i sprawa swoistego leczenia gruźlicy ludzkiej za roz-

strzygniętą z punktu teoretyczno-naukowego uważana być nie może. Jeśli jednak zważymy, że przez tyle wieków empirya odgrywała tak wielką rolę w medycynie, a i dziś jeszcze zajmuje poważne stanowisko, to powstaje pytanie, czy na tej drodze sprawa swoistego leczenia gruźlicy nie znajdzie mocnego faktycznego uzasadnienia. Pytanie to tembardziej na miejscu, że zwolennicy »quand même« swoistego leczenia gruźlicy ludzkiej dla dowiedzenia, że sprawa ta już dziś jest rozstrzygnięta, przytaczają dwa bardzo poważne argumenty: doświadczenia na zwierzętach i statystykę.

Mówić o całem mnóstwie doświadczeń na zwierzętach niepodobna, tembardziej, że autorowie nie podają statystyki trwałych wyników. Zatrzymamy się pokrótce nad najważniejszemi, — na pierwszem miejscu nad badaniami Behringa.

Już w poprzedniej naszej pracy, powołując się na doświadczenia Moussu i na przytoczone przez niego wyniki doświadczeń innych weterynarzy, zaznaczyliśmy, że szczepienie śródżylne hodowli ludzkich metodą Behringa nie daje trwałych wyników, że bydło zostaje uodpornione na czas jakiś — na rok jeden — później zaś podlega naturalnemu zakażeniu i ginie na ogólną gruźlicę. Obok Moussu możemy się powołać na zdanie takiej powagi w tej sprawie, jak Eber. Wreszcie do podobnych wniosków dochodzi na podstawie szczepień u 332 cieląt (w Galicyi), za okres czasu 1903—1908, Prof. Nowak. Twierdzi on, że wprawdzie metodą Behringa można udzielić znacznej odporności na sztuczne zakażenie jadowitymi prątkami perlicy, ale żadnej praktycznej wartości metoda ta nie posiada, gdyż »nie zdoła ochronić uodpornionych — według niej — cieląt przed zakażeniem gruźliczem w warunkach naturalnych« ([40]).

Nadto metoda ta, wedle Klimmera, ma przedstawiać niebezpieczeństwo dla bydła wskutek przechodzenia tbc do mleka. Autor natomiast wprowadza nową swą własną, polegającą na stosowaniu niejadowitych tbc. W szczegóły wchodzić tu nie będziemy. Zaznaczymy tylko, że wedle autora pozbawiona ona jest wszelkiego niebezpieczeństwa i ma skutecznie chronić, zarówno od dalszego rozwoju gruźlicy — co wykazują sekcye — jak też i od sztucznego zakażenia jadowitymi ptbc ([28]). Pytanie tylko, o ile uodpornienie taką metodą będzie skutecznem i trwałem przeciw zakażeniu w warunkach naturalnych. Pytanie takie powstaje także co do metody Heymansa (wprowadzanie pod skórę lub do jamy brzusznej bydła woreczków kolodyonowych z hodowlą tbc), zapomocą której — zdaniem autora — skuteczniej niż metodą śródżylną można otrzymać uodpornienie; w takim razie działałyby tu ekto-toksyny tbc, z zastrzeżeniem jednak, czy nie dostają się przez ściany woreczka, dzięki maceracyi tbc, i endotoksyny?

Eber, rozpatrując wyniki metody Heymansa w Belgii, wyraża mocne powątpiewanie, czy są lepsze pod względem swej trwałości od metod, używanych w Niemczech ([16]).

W ostatnich już czasach, — o ile z dostępnej nam literatury wiadomo, — zasługują na uwagę przeprowadzone z wielką dokładnością na zwierzętach laboratoryjnych doświadczenia Römera oraz Hamburgera. W szczegóły, ze względu na wązkie ramy naszej pracy, wchodzić nie będziemy. Powiemy tylko słów parę o ostatecznych wynikach, tembardziej, że pierwszy z badaczy szuka w pewnych zjawiskach u zwierząt analogii ze zjawiskami w ewolucyi gruźlicy u ludzi.

Wyniki, w krótkich słowach, przedstawiają się, jak następuje. Zakażenie świnek morskich żywemi lecz słabo jadowitemi hodowlami tbc w dawkach, dokładnie przez Römera, wypróbowanych (słowo »żywemi« podkreślamy, jako że martwe i niejadowite (avirulente) wedle autora nie sprowadzają uodpornienia [11]), wywołuje tego rodzaju uodpornienie przeciw następczemu masowemu zakażeniu jadowitemi hodowlami ptbc lub lasecznika świni, że: 1) świnki morskie w ten sposób szczepione żyją kilka razy dłużej, niż kontrolne, którym uprzednio nie szczepiono hodowli tbc; 2) że nie zdychają, jak kontrolne, na ostrą rozsianą gruźlicę, lecz »okazują się niemal zupełnie uodpornione na to drugie dość silne zakażenie, gdyż daje ono impuls do tworzenia się umiejscowionego i mającego skłonność do gojenia się ogniska, ([54] str. 7). Jednak przy »tem zupełnem uodpornieniu« stwierdza autor jednocześnie, »że dzięki podrażnieniu, wywołanemu przez to następcze zakażenie, objawia się skłonność do tworzenia się jam w płucach, w których bez tego następczego zakażenia powstałoby prawdopodobnie przewlekłe zapalenie stwardniające bez dążności do rozpadu i tworzenia się jam« (ibid. str. 12).

(Dokończenie nastąpi).

Ciąża, a oko.

Podał

Prof. Dr K. W. Majewski.

(Według wykładu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem).

(Ciąg dalszy).

Ważniejszem byłoby potwierdzenie spostrzeżeń Bossego ([15]), który u 75% kobiet brzemiennych w ostatnich miesiącach ciąży, znajdował wziernikiem zmiany tarczy nerwów wzrokowych w postaci zastoju żylnego, a nawet obrzęku tarczy. Zmiany te nie wywołują jednak żadnych objawów podmiotowych, ani żadnego upośledzenia wzroku, żadnego zwężenia pola widzenia, żadnych zaburzeń w poczuciu barw. To nie powinno nas dziwić, wiadomo bowiem, że przy bardzo wybitnym nawet obrazie tarczy zastoinowej w przypadkach nowotworów w mózgu, bystrość wzroku, pole widzenia i poczucie barw przez długi czas nieraz żadnych zmian nie okazują. Wedle badań Bossego ([15]) ten obrzęk tarczy niewinnej, jak widać, natury, znika bez śladu w ciągu pierwszych dwóch tygodni po porodzie. Czyżby zastoinę tę należało odnosić do bujania kości sklepienia czaszki (tak zw. osteophytum pueperale), którego ma podobno dostawać co druga ciężarna po upływie piątego miesiąca ciąży, czy też powodem jest ogólna krwistość (plethora) ciężarnych, Kiwischa »plethora serosa«? Na pytanie to trudno odpowiedzieć. Przedewszystkiem sam fakt podlega jeszcze dyskusyi. Kto wie, w jak szerokich granicach obraca się prawidłowy obraz wziernikowy, ten z wielką

---

[11]) Przypominamy, że Klimmer mając, jak twierdzi, najbardziej pewne wyniki, używa dla uodpornienia bydła właśnie niejadowitych tbc.

tylko ostrożnością oceniać będzie znaczenie chorobowe słabszego lub silniejszego ukrwienia tarczy, zwłaszcza jeżeli brak jakichkolwiek zboczeń czynnościowych. To też słuszność spostrzeżeń Bossego ([15]) nie jest bynajmniej powszechnie uznaną.

Pragnąc wyrobić sobie własne zdanie w tej sprawie, skorzystałem z uprzejmości Prof. Dobrowolskiego i Prof. Rosnera i zbadałem wziernikiem cały szereg kobiet ciężarnych, przeważnie w 8. i 9. miesiącu ciąży w klinice ginekologicznej i w szkole położnych. W liczbie 64 badanych kobiet stwierdziłem u 19 przekrwienie tarczy nerwów wzrokowych, znamionujące się ciemniejszem zabarwieniem różowem samej tarczy z wyjątkiem części, odpowiadającej zagłębieniu fizyologicznemu, lekkiem zgrubieniem rozgałęzień tętnicy siatkówkowej, wreszcie rozdęciem i pokręceniem żył. Objawy te zaznaczały się z reguły tylko w lekkim stopniu. Tylko w 5 przypadkach zapisałem sobie, że przekrwienie i zastój żylny były wybitne, z lekkiem zatarciem granic tarczy, a nawet z zatarciem fizyologicznego zagłębienia. Ale ani w tych 5 przypadkach, ani tem mniej w pozostałych, gdzie przekrwienie było lekkie, nie było żadnych zaburzeń czynnościowych, żadnych zaburzeń wzrokowych. Spostrzeżenia moje potwierdzałyby zatem w słabym tylko stopniu opinię Bossego ([15]), bo gdy on znajdował przekrwienie, a nawet zastoinę tarczy w $^3/_4$ wszystkich przypadków, ja spotykałem przekrwienie, przeważnie lekkie, zaledwie u $^1/_3$ badanych kobiet.

Z innych objawów ocznych, występujących w przebiegu prawidłowej ciąży, wymieniają autorowie tego rodzaju zboczenia, jak kurzą ślepotę (hemeralopia), niedomogę nerwową (asthenopia nervosa), niedomogę mięśni ocznych zewnętrznych i wywołaną przez nią tak zw. niedomogę mięśniową (asthenopia muscularis), osłabienie akomodacyi, światłowstręt, przeczulicę siatkówki i inne podobne objawy znużenia lub następstwa zwiększonej pobudliwości nerwowej.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje tak zwana kurza ślepota (Küstner, Terrien ([16]), Salo Cohn ([1]). Schmidt-Rimpler opisuje przypadek u 26-letniej kobiety, która we wszystkich swych 5 ciążach na trzy do czterech miesięcy przed rozwiązaniem dostawała objawów kurzej ślepoty potęgującej się następnie, w miarę, jak ciąża dobiegała kresu, a po porodzie ustępującej zupełnie. W czasie poza tymi okresami badanie okulistyczne wykazywało prawidłową bystrość wzroku, prawidłowe pole widzenia i dno oczu bez zmian, a stosunki te w okresie kurzej ślepoty podczas ciąży nie ulegały zmianom. Dodać trzeba, że z pięciorga jej dzieci, troje doznawało od czasu do czasu kurzej ślepoty, również bez jakichkolwiek innych zmian towarzyszących w oczach.

Badając ciężarne na oddziałach Prof. Rosnera i Prof. Dobrowolskiego w kierunku przekrwienia tarczy, wypytywałem równocześnie kobiety te, czy nie doznają, lub nie doznawały objawów kurzej ślepoty. W liczbie 64 badanych ciężarnych, znalazłem objaw ten u siedmiu kobiet. Jedna z nich skarżyła się nawet, że w każdej ciąży dostaje kurzej ślepoty. Ma ją obecnie po raz trzeci, będąc trzeci raz w ciąży.

Raz stwierdziłem wybitne charakterystyczne zeskórnienie (xerosis epithelialis) w postaci białej, nie dającej się zwilżyć pianki na spojówce gałki, a więc zmianę, która, jak wiadomo, często idzie w parze z kurzą ślepotą.

Kurza ślepota uważana jako otrętwiałość siatkówki (torpor retinae), powstająca najczęściej na tle lichych warunków odżywienia, zjawia się, jak widać z tego, stosunkowo często u kobiet ciężarnych, zwłaszcza z warstwy biedniejszej, zapewne dlatego, że kobiety te mało się szanują, pracują ciężko nieraz aż do bolów porodowych, na czem cierpi ich zdrowie i odżywienie.

Osłabienie akomodacyi, występujące dość często w przebiegu różnych chorób ogólnych, wiodących do wycieńczenia i utraty sił, zdarza się oczywiście i w ciąży, zwłaszcza w ciąży nieprawidłowej, powikłanej, n. p. w przebiegu zapalenia nerek u ciężarnych (nephritis gravidarum). Częściej jednak spotykamy się z niedomogą akomodacyi dopiero po porodach, po porodach ciężkich, a zwłaszcza po silnych krwotokach. Niedomoga akomodacyi daje się szczególnie odczuwać wtedy, gdy oczy nie są prawidłowe, lecz dalekowzroczne. Przy wadzie tej istnieje, jak wiadomo, pewien niedobór siły refrakcyjnej, który w młodocianych latach pokrywa oko samo przez odpowiedni nieustanny wysiłek akomodacyi.

(C. d. n.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Noesske. **W sprawie zapobiegania i leczenia grożącej zgorzeli palców przy chorobie Raynauda.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). Niedawno polecił N. w przypadkach wielkiego uszkodzenia palców, gdzie każdy chirurg przystąpiłby do odjęcia palca, próbować jeszcze zachowawczego leczenia przez usunięcie przekrwienia biernego zapomocą cięcia, biegnącego niedaleko brzegu paznokcia aż do kości i zapomocą następowego leczenia w przyrządach ssących, (2—3 razy dziennie 8—10 minut). Krążenie wyrównywało się przytem szybko, zastój żylny ustępował, a tętniczki, które pozostały jeszcze nieuszkodzone, doprowadzały dostateczną ilość krwi. W ten sposób udało się N. ocalić kilka palców. O korzystnem działaniu tego leczenia doniósł też niedawno Knoke. Obecnie ten sposób leczenia zastosował N. także i w przypadkach grożącej zgorzeli palców przy chorobie Raynauda i otrzymał przytem bardzo dobre wyniki, tak, że chorzy domagali się sami tego leczenia, n. p. na drugiej ręce. Przy tem leczeniu znikały też szybko bole. A.

Tausch. **O dolegliwościach stopowych.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 41). T. omawia t. zw. przypadłości stopowe (Fussbeschwerden), występujące nieraz u osób, u których żadnego zboczenia, tłómaczącego te objawy, na razie wykazać nie można. Dopiero z czasem zjawiają się zniekształcenia, które równie dobrze uważaćby można za następstwa nieprawidłowego stawiania stopy wskutek bolesności. Przy badaniu chorych stojących wykazać można nieraz zwrócenie całej stopy w okolicy kostek na zewnątrz, przez co pięta nie stoi w środku, t. j. w przedłużeniu dołu podkolanowego i ścięgna Achillesa, lecz trochę na zewnątrz. Wysklepienie stopy prawidłowe.

Objawy tych dolegliwości stopowych są dość typowe: 1) Szybkie nużenie się stopy (zwykle po jednej stronie) przy chodzeniu, zwłaszcza po chodnikach miejskich, natomiast po trawie, roli, chorzy chodzą długo swobodnie, co tłómaczymy sobie tem, że tu stopa co chwila przy stąpa-

niu zmienia położenie; natomiast na twardym chodniku zawsze jednako się ustawia. 2) Równocześnie zjawiają się bole, odczuwane głównie w łydce, w postaci bolesnego ciągnięcia lub kurczowego drgania. 3) Po dłuższem chodzeniu zjawiają się silne bole pod kostką wewnętrzną, lub też na grzbiecie stopy. 4) Nierzadko skarżą się chorzy także na bole w mięśniach uda, które przeszkadzają im n. p. siedzieć symetrycznie na stołku. 5) Chorzy używają zwykle trzewików starych znoszonych, gdyż w nowych przypadłości się pogarszają. 6) Wskutek oszczędzania stopy ścierają chorzy obcasy typowo od zewnątrz. 7) Stopa ulega często nagłemu skręcaniu się ku wewnątrz.

Przypadłości te pochodzą, jak to słusznie zauważył Hübscher, od niedomogi mięśni stopowych, zwłaszcza zginaczy i supinatorów. Niedomogę zaś tę wywołuje zwykle noszenie ciasnych pończoch i śpiczastych bucików na wysokich wciętych obcasach, dalej sprawy zapalne, urazy i t. p.

Leczenie: 1) Noszenie racyonalnych higienicznych trzewików (buciki Chasalla); 2) wzmacnianie i kształcenie odpowiednich mięśni; 3) leczenie odpowiedniemi, specyalnie dla chorego zrobionemi wkładkami. K.

Lexer i Baus. **O przepuklinach mięśni.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 10). Zwykle przez przepuklinę mięśnia rozumiemy stan, w którym w przebiegu mięśnia (często w środku) spotykamy guz miękki, wykazujący fałszywe chełbotanie i twardniejący przy kurczeniu się mięśnia. W spokoju guz ten jest mniejszy i możemy palcem wpychać go w otwór powięzi; po usunięciu palca wychodzi on z powrotem. Nie da się jednak zaprzeczyć, że istnieją i przepukliny takie, gdzie guz mięśnia znika właśnie przy kurczeniu się mięśnia. Przepukliny te występują głównie w mięśniu dwugłowym ramienia, w mięśniach przywodzących udo i w mięśniu prostym brzucha. Celem wykazania wspomnianych różnic w zachowaniu się przepuklin mięśniowych przeprowadzili L. i B. odpowiednie doświadczenia na zwierzętach i przekonali się, że w razie przecięcia samej powięzi mięsień (w spokoju) wypycha zaraz część swej tkanki przez otwór w powięzi, natomiast w razie skurczu wypchnięta ta część chowa się zaraz z powrotem. Natomiast, jeżeli uszkodzimy prócz powięzi także i mięsień, w takim razie rzecz ma się inaczej, bo część tkanki mięśniowej, wydobywająca się z otworu powięzi, zwiększa się i twardnieje przy skurczu mięśnia. Tam więc, gdzie przy skurczu mięśnia powiększa się jego przepuklina i twardnieje, przyjąć należy, że prócz powięzi także i mięsień wskutek urazu, (bo cierpienie to powstaje zawsze po urazie ostrym lub przewlekłym, jak jeżdżenie konno, sprawy ropne i t. p.), uległ przerwaniu. Tam zaś, gdzie przepuklina przy skurczu mięśnia znika, jedynie powięź jest słabsza lub ma otwór. W takim przypadku wystarczy zeszycie powięzi, w pierwszym nadto zeszyć należy także mięsień. Klęsk.

Muskat. **Wrodzone rodzinne przykurczenie małego palca.** (Med. Klinik 1909, Nr 39). Przykurczenie małego palca jednej, lub obu rąk jest najczęściej cierpieniem dziedzicznem i występuje nieraz u kilku członków rodziny. Przykurczenie to dotyczy zwykle pierwszego stawu palcowego, przyczem nieraz palec odstaje od innych. Badania rentgenowskie M. wykazały, że nie chodzi tu tylko, jak wielu sądzi, o przykurczenie skórne, ale przyczyny cierpienia szukać należy w stawie. Zwykle mianowicie członek średni przesunięty jest dłoniowo, a dopiero następowo występuje przykurczenie skóry. W okresach późniejszych zmiany w stawie stają się jeszcze wybitniejsze, albowiem następuje bujanie kości, przyczem staw od strony grzbietnej zarasta częściowo tak, że ruchy odbywają się potem tylko dłoniową jego połową. Cierpienie to uważa M. za atawistyczny objaw, przypominający ustawienie pazurów u zwierząt. K.

Doc. Machol. **Chirurgiczno-ortopedyczne leczenie porażenia rdzeniowego u dzieci.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 2—3). Wobec wybuchów epidemii zapalenia przednich rogów rdzenia, zarazem sprawa leczenia i zapobiegania następowym porażeniom staje się bardzo aktualną. W przebiegu tej choroby odróżnić możemy praktycznie 3 okresy: 1) pierwszy, gdzie działa przeważnie lekarz chorób wewnętrznych; 2) okres drugi, ustalania się porażeń; tutaj wkracza znów neurolog i chirurg, zapobiegając wytworzeniu się ewentualnych zniekształceń i pomagając naturze w usuwaniu porażeń; 3) okres ostatni, ustalonych porażeń i przykurczeń, gdzie jedynie chirurg-ortopeda pomódz może. Ale i w okresie pierwszym może jednak także chirurg pomagać. Tak n. p. często bolesność kręgosłupa jest tak wielka, że nie pozostaje nic innego, jak sprawić wybitną ulgę chorym przez założenie gorsetu lub sporządzenie łóżeczka gipsowego. Także już w tym okresie możemy zapobiegać ewentulnej skłonności do wytwarzania się przykurczeń, przez założenie odpowiednich szyn lub przyrządów.

Zadanie to występuje w całej pełni w okresie drugim, gdzie mamy już rozległe nieraz, bezbolesne, wiotkie porażenie. Tutaj zadaniem naszem jest zwalczanie porażenia, zapobieganie tworzeniu się przykurczeń i zaburzeń wzrostu i stawów cepowatych. Wiele działa tutaj neurolog przez stosowanie elektryczności, przyczem pomaga mu chirurg gimnastyką, miesieniem, przyrządami i t. p. W razie osłabienia stawu odpowiedni przyrząd do chodzenia zapobiega dalszemu zanikowi mięśni. Jeżeli chory jest racyonalnie leczony, w takim razie jest po prostu niemożliwe, by wystąpić mogły w okresie III. przykurczenia. Pod koniec okresu drugiego nieraz okazać się mogą koniecznymi pewne małe zabiegi, jak n. p. przecięcie ścięgna lub plastyczne jego przedłużenie i t. p., a to wtedy, jeżeli nie udaje się pokonać przewagi zdrowych antagonistów i przez operacyę chcemy zarazem chorym mięśniom dać pewien wypoczynek. Czasem naodwrót okazuje się wskazanem skrócenie ścięgna lub mięśnia, celem pobudzenia go do działania. Ewentualne zniekształcenia usuwamy wtedy bardzo łatwo wobec wiotkości mięśni.

Często wreszcie interweniować musi chirurg dopiero w okresie trzecim, t. j. tam, gdzie już przykurczenia i porażenia się ustaliły i gdzie powstały już stawy cepowate i inne zniekształtnienia. Okres ten następuje zwykle w 1—1½ roku po zjawieniu się porażeń. O ile naturalnie nie należy tu zwlekać z operacyami i dopuszczać do dalszych zniekształceń, o tyle znów z drugiej strony nie powinniśmy zapominać, że nawet i wtedy jeszcze może nastąpić samoistna poprawa. Operacya większa jest więc wskazana tam, gdzie samoistna poprawa jest już wyłączona. Zabiegi chirurgiczne rozpadają się tu na dwie grupy: 1) przeszczepianie ścięgien, mięśni i nerwów (w razie porażeń częściowych); 2) ustalenie stawów lub tkanek okołostawowych (arthro-tendo-fascio-desis) w razie porażeń całkowitych. Przedtem stosujemy jednak wyprostowanie i to wolne wyciągiem lub w opatrunkach, ewentualnie gwałtowne odrazu na jednem posiedzeniu. Wyprostowanie uzupełniają nieraz dopiero operacye plastyczne części miękkich, lub i kości. Po naprawieniu kształtu kończyny staramy się też o przywrócenie jakiej takiej czynności, w czem przychodzą z pomocą operacye plastyczne, w ostatnich czasach zwłaszcza przeszczepiania mięśni i nerwów. Co do ustalenia stawów (arthrodesis), to podług Langego wykonywać się je powinno dopiero po 20. roku życia, t. j. wtedy, gdy już kończy się sprawa wzrostu. Głównie do operacyi tej nadają się: staw skokowy, biodrowy, kolanowy i barkowy. Zamiast operacyi kostnej poleca Codovilla i Vulpius ustalenie części miękkich około stawu (fasciodesis, tendodesis), a Lange osiąga to przez umocowywanie parafinowanego jedwabiu. Plastyki mięśni oddają bardzo cenne usługi, a zdaje się, że i po łączeniu nerwów spodziewać się możemy dobrych, a może jeszcze i lepszych czynności, jak przy łączeniu mięśni. K.

Stoffel. **Przeszczepianie nerwów przy wiotkich**

porażeniach. (Doniesienie tymczasowe). (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 5). W pracy swej przytacza S. 4 przypadki przeszczepienia nerwu pachowego przy wiotkich porażeniach (po zapaleniu przednich rogów rdzenia), z których w 3 uzyskał wynik bardzo dobry. Właściwy jednak cel pracy S. jest inny. Mianowicie nieraz zastanawiał się S. nad tem, czy robimy dobrze, biorąc do plastyki jakąbądź część danego nerwu, czy też może i w nerwach odróżnić można pewne pęczki, biegnące do danych mięśni i ewentualnie łączące się z gałązkami sąsiedniego nerwu. Bliższe badania i preparowanie nerwów potwierdziły to przypuszczenie. S. badał nerwy noworodków i to w ten sposób, że za daną gałązką mięśniową posuwał się do pnia i tu na tępo dalej ją wyosabniał. Dokładnej lokalizacyi S. podać jeszcze nie może, ale że ona istnieje, to nie ulega wątpliwości.

Wobec tego nie jest obojętną rzeczą, której części nerwu używamy do plastyki i tem też tłomaczy się, że przy plastykach nerwów raz osiągamy wynik znakomity, a kiedyindziej niema żadnego wyniku. Najlepiej tłómaczy to przykład: Przy porażeniu mięśni strzałkowych (peronaei) przeszczepia się zwykle część nerwu goleniowego (tibialis) na nerw strzałkowy wspólny. Otóż nerw strzałkowy składa się z dwóch: z głębokiego (leży tuż przy mięśniu dwugłowym) i powierzchownego, tworzących pod kolanem jeden pień. Gdybyśmy przypadkowo przy plastyce, (co łatwo zdarzyć się może), zeszyli nerw goleniowy z częścią odpowiadającą n. strzałkowemu głębokiemu, w takim razie wyniku żadnego nie osiągniemy, bo tylko nerw powierzchowny zawiera w sobie włókna ruchowe.

Jeżeli znać będziemy dokładnie jakość i umiejscowienie gałązek nerwowych w przekroju danego pnia, to wyniki naszych łączeń będą znacznie lepsze, niż obecnie.

Klęsk.

Jungengel. **Odkażanie skóry i traktowanie ran parą jodu.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 12). Wiadomo, że jod jest znakomitym środkiem wogóle; w szczególności w chirurgii bywa w ostatnich czasach z korzyścią stosowany do odkażania skóry. Ku temu celowi służy nalewka jodowa, która jednakże ma tę wadę, że szybko się rozkłada i tworzy połączenia, bardzo drażniące skórę i wywołujące wypryski. Z tego też powodu nalewki nie możemy być nigdy pewni. Aby temu zapobiedz, postanowił J. użyć pary jodu i wynalazł odpowiedni przyrząd, który dozwala wypuszczać na dane miejsce dowolną ilość par jodowych. W ten sposób odkaża J. skórę, goląc włosy przedtem pod rozpryskiwaniem alkoholu. Skóra przybiera pod wpływem pary jodu kolor żółto-czerwony. Sposób ten nadaje się do traktowania ran świeżych, w których obawiamy się zakażenia, lub przy operacyach częściowo nieczystych, n. p. przy operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego. Bardzo korzystnie działają pary jodu także przy leczeniu ropowic, czyraków, wrzodów i t. p. K.

Widmer. **Zastosowanie światła słonecznego w chirurgii.** (Monatsschr. f. d. phys. diät. Heil. 1910, II. 1). W. jest stanowczym zwolennikiem otwartego leczenia ran, zwłaszcza z pomocą światła. Osiąga się przytem znakomite wyniki, bo n. p. wygojenie bez blizny szpecącej. Bliznowce nigdy w następstwie tego leczenia nie występują, a ropnie i zakażenia nigdy się nie zdarzają. Leczenie otwarte nadaje się zwłaszcza celem oczyszczenia rozległych nie gojących się ran, odleżyn, oparzeń, odmrożeń, dalej przy zaczynającej się zgorzeli, przy wrzodach i trudnem pokrywaniu się nabłonkiem powierzchni ziarninowych i t. p. W końcu działa światło słoneczne bezsprzecznie znakomicie przy chirurgicznej gruźlicy u dzieci. K.

Zykow. **W sprawie stosowania fulguracyi w leczeniu nowotworów złośliwych.** (Wracz. Gaz. 1909, Nr 40). Na początku swej pracy zestawia Z. niektóre dane z elektropatologii i podkreśla niebezpieczeństwo prądów stałych. Prądy o napięciu 100—150 V powinny być stosowane bardzo ostrożnie. Prądy powyżej 500 V są zwykle śmiertelne. Co się tyczy prądów przerywanych, to oprócz napięcia ogromną rolę gra tutaj szybkość przerywań. Przy wysokiem napięciu i niewielkiej ilości przerywań (50 na sekundę) prąd jest śmiertelny. Przy wielkiej ilości przerywań (do 5000 na sekundę) prąd staje się bardzo mało niebezpiecznym, a nawet zupełnie obojętnym. Fizyologiczny wpływ prądu przerywanego wyraża się w bolesnem kurczeniu się mięśni i w wstrząśnieniu całego ustroju. Metoda leczenia fulguracyą, jest to metoda leczenia zapomocą iskry, otrzymanej z prądu o bardzo wysokiem napięciu i o bardzo wielkiej szybkości przerywań. Z. zestawia wyniki doświadczeń rozmaitych autorów nad wpływem iskry na zdrową i zmienioną skórę zwierząt. Sam Z. w swych doświadczeniach na psach starał się wyjaśnić wpływ fulguracyi na obnażone naczynia i nerwy. Z doświadczeń tych wynika, że tętnice większe pod wpływem iskry zmieniają się bardzo mało. W tętnicach drobnych można było zauważyć zwyrodnienie szkliste ścian i skrzepy przyścienne. W żyłach, nawet większych, powstawały skrzepy przyścienne i martwica ścian; żyły drobne były całkowicie wypełnione skrzepami. Zmiany te występowały dopiero po 2 dniach. Następnie omawia Z. wyniki leczenia nowotworów złośliwych zapomocą fulguracyi. Zabieg powinien być wykonany w uśpieniu. U chorych cierpliwych i dobrze zdających sobie sprawę ze stanu choroby udawało się autorowi przeprowadzić zabieg bez ogólnego uśpienia, tylko w znieczuleniu kokainą, a jeżeli nowotwór znajdował się na kończynie dolnej, to nawet za nałożeniem opaski gumowej powyżej nowotworu. Zwykle po pierwszem posiedzeniu tkanka nowotworu nabrzmiewała, przybierała postać galaretowatą, traciła żywotność i wyraźnie odcinała się od tkanek sąsiednich. Następnie zmartwiałe części wyskrobywano łyżeczką, a powierzchnię oczyszczonej rany znowu poddawano działaniu iskry. W razie silniejszego krwawienia posypywano ranę chlorkiem wapna i nakładano opatrunek aseptyczny. Takich zabiegów wykonywano kilka w 1—2-tygodniowych przerwach stosownie do przebiegu gojenia. Po zabiegu chorzy czuli się zwykle bardzo dobrze. Taki sposób leczenia stosował Z. w 29 przypadkach, w tej liczbie były 22 przypadki raka, 3 mięsaka, 4 tocznia. Najlepsze wyniki uzyskał Z. przy raku skóry i toczniu. Z 12 przypadków raka części płciowych u kobiet, tylko w jednym powiodło się osiągnąć zagojenie rozległego wrzodu, nie nadającego się już do operacyi; w 3 zaś przypadkach można było zauważyć tylko niewielkie polepszenie. Niezły wynik osiągnięto w 4 przypadkach raka wargi i w jednym raku sutka. W 2 przypadkach mięsaka stwierdzono zaledwie nieznaczne powstrzymanie wzrostu nowotworu i polepszenie stanu podmiotowego. W końcu dochodzi Z. do następujących wyników: 1) U osób słabych i charłaczych, poddawanych uśpieniu, należy fulguracyę uważać za zabieg, pobudzający działalność serca i oddechu. 2) Fulguracya nie wpływa szkodliwie na tkanki zdrowe, obniża zaś siłę życiową tkanek zmienionych chorobowo i nawet je niszczy. 3) Fulguracya bardzo mało wpływa na narządy ważne dla życia, jak mózg, serce, płuca, większe naczynia krwionośne i nerwy; czynności ich pozostają nienaruszone. 4) Fulguracyę należy uznać za znakomity środek leczniczy przy niektórych nowotworach złośliwych, nie nadających się do operacyi; należy też postawić ją wyżej od rentgenizacyi, a nawet od leczenia radem. Dr L. Mańkowski.

Bergel. **O wpływie wstrzykiwań włóknika na raka.** (Med. Klinik 1910, Nr 6). Na zasadzie spostrzeżenia, że rak w początkach otoczony bywa wałem zapalnym, chroniącym resztę ustroju chwilowo od dalszego szerzenia się sprawy, postanowił B. podjąć próby lecznicze przez wywoływanie w otoczeniu raka jałowego zapalenia, któreby naśladowało n. p. odczyn, jaki widzimy u zwierząt po zaszczepieniu im sztucznem nowotworów. Takie zapalenie najdogodniej wywołać można zapomocą wstrzykiwań zawiesiny włóknika. Próby na rakowatych psach wypadły tak zachęcająco, że B. czuł się uprawnionym do zastosowania

tego leczenia u ludzi w przypadkach raków nieuleczalnych. Wstrzykiwania te są wprawdzie bolesne, ale pozbawione niebezpieczeństwa i nieszkodliwe. W wielu przypadkach spostrzegał B. skutek dodatni, jak zmniejszanie się guza, ewentualnie rozpad i bliznowacenie. Powiększania się guzów nie spostrzegał B. nigdy. Chociaż więc sposób ten nie leczy może raka, to jednak zapomocą niego osiągał B. nieraz tak wybitne wyniki, że zachęca do dalszych prób. K.

Finck. **Nadmanganian potasu krystaliczny, jako środek niszczący tkanki.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 4). Nadmanganian potasu jest zarazem środkiem wybitnie żrącym, a działanie to zawdzięcza on temu, że przy łączeniu się z wodą tkanek, wywiązuje KOH, który działa żrąco. Działanie to odbywa się powoli, i dlatego bezpiecznie używać można nadmanganianu i w głębi ciała. F. wypróbował to działanie w licznych przypadkach. W tym celu pokrywa dane miejsce plastrem, w którym wycięty jest otworek, odpowiadający ranie. Takich warstw plastra kładzie się 5—15, a to w tym celu, aby nadmanganianu był nadmiar. Opatrunek zmienia się przy wrzodzie po 48 godzinach. Zwykle rana pokryta jest wtedy szaro-bronzowemi rozpadłemi tkankami, po których usunięciu widać jeszcze spalone, czarniawe tkanki. Skórę okoliczną ochrania od zniszczenia plaster. Oczyszczenie wrzodu i gojenie następuje bardzo szybko. Chory przy tem przez cały czas nie odczuwa żadnych bolów. Zwłaszcza leczenie to nadaje się przy rakach skórnych, odleżynie, wrzodach goleni i t. p. Niszczyć w ten sposób można także n. p. na twarzy małe naczyniaki, brodawczaki, tłuszczaki, przyczem nadmanganian należy trochę zwilżyć wodą na miejscu zastosowania. F. stosuje nadmanganian zapomocą specyalnego przyrządu także w przetokach, zwłaszcza kostno-stawowych przy gruźlicy (z wyjątkiem spraw świeżych z obfitą wydzieliną i w bliskości nerwów lub większych naczyń). K.

Hayn. **O zatruciu tiosinaminą.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7). Tiosinamina jest związkiem pochodnym olejku gorczycznego. W postaci rozpuszczalnej przetworzył ją Merck jako podwójne połączenie z salicylanem sodu pod nazwą fibrolizyny. Najprawdopodobniej środek ten jako pochodny olejku gorczycznego wywołuje silne miejscowe przekrwienie i nagromadzanie się ciałek białych, a przez to i działanie zaczynów.

Tiosinamina wywołać może objawy zatrucia u osób, mających do niej idyosynkrazyę. Objawy są następujące: po pierwszych wstrzykiwaniach bole głowy i członków, podniesienie ciepłoty, brak apetytu, upadek sił, ew. wysypka na skórze. Przypadek zatrucia spostrzegał także autor. Zapobiegać zatruciu najlepiej w ten sposób, że z początku należy wstrzykiwania wykonywać nie (jak polecają) co drugi dzień, lecz w odstępach większych, zwłaszcza, jeżeli po pierwszem wstrzyknięciu chory czuje się osłabionym. Jeżeli po wstrzyknięciach zjawia się podniesienie ciepłoty, należy leczenia tiosinaminą zupełnie zaniechać. K.

Haberfeld i Schilder. **Tężyczka u królików.** (Mit. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1909, 20. V.). Na podstawie doświadczeń na królikach potwierdzają H. i S. zdanie, że tężyczkę odnieść należy do utraty lub braku czynności t. zw. gruczołów przytarczycznych. Minimalnie potrzebna ilość tych ciałek jest różna. U zwierząt starszych usunąć można bezkarnie więcej, u młodszych natomiast mniej. Wyjątkowo czasem nie występuje tężyczka mimo usunięcia wszystkich gruczołów, i zjawia się dopiero, gdy się usunie także t. zw. ciałko Erdheima (dodatkowe), znajdujące się w grasicy. — Gruczoły przytarczyczne posiadają zdolność wzajemnego przerostu zastępczego. A.

Richardson. **Występowanie tężca po operacyach chirurgicznych: czy zakażenie powodują podwiązki katgutowe?** (Brit. med. Journ. 1909, kwiecień, 17). Praca R. jest ciekawa ze względu na odrębne stanowisko, jakie R. zajmuje w tej sprawie. Przedewszystkiem wykazał R., że u owiec występuje też choroba przypominająca tężec, a zarazki jej, podobne zupełnie do ludzkich, mają swoje siedlisko w przewodzie pokarmowym. Zdawałoby się więc, że najprostszą rzeczą byłoby przyjąć, że właśnie katgut jest bezpośrednią przyczyną zakażenia, bo może być sporządzony właśnie z kiszek chorych zwierząt. Tymczasem badania katgutu w danych przypadkach wykazywały bardzo często zupełną jałowość materyału. Wobec tego wyraża R. przypuszczenie, że źródła zakażenia szukać należy nie w katgucie, ale raczej w osobniku operowanym. Tężec pooperacyjny występuje niemal jedynie tylko po operacyach w jamie brzusznej, co nakłania do przypuszczenia, że najprędzej dany osobnik miał już w przewodzie pokarmowym drobnoustroje tężca owczego (Bazillenträger), a operacya wpłynęła na przejście prątków do otrzewnej lub do obiegu krwi. A.

Simon. **Dwa przypadki ciężkiego tężca, leczone antytoksyną „Höchst" z pomyślnym wynikiem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 44). Wiara w skuteczność leczenia tężca surowicą nieco osłabła, jednak niesłusznie. Krönlein na Zjeździe chirurgów w r. 1906 wyraził się, że uwierzy w skutek leczenia tężca surowicą dopiero wtedy, gdy się powiedzie w przypadkach najostrzejszych uzyskać wyleczenie. Przypadki te bowiem, zwykle z bardzo krótkim okresem wylęgania, przebiegają mimo leczenia surowicą śmiertelnie, natomiast inne, gdzie czas wylęgania jest długi, nawet i bez leczenia zdrowieją. Przeciwko temu przytacza S. 2 przypadki własne ciężkiego tężca o krótkim bardzo okresie wylęgania, gdzie jedynie surowicy zawdzięczać należy wyleczenie. Surowicę wstrzykiwano śródoponowo i śródżylnie, a potem, gdy objawy się nie nasilały, podskórnie. Nie należy jednak wstrzykiwać za skąpo. Zacharias poleca 8 jednostek na kilgr. wagi. Zapobiegawczo wstrzykiwać należy przynajmniej 100 jednostek. Nie chroni to wprawdzie zawsze od wybuchu choroby (drugi przypadek S.), ale przebieg bywa potem łagodniejszy, a śmiertelność podług Sutera wynosi 36·3%. Przy wstrzykiwaniu większych ilości surowicy wchodzi w rachubę karbol, w niej zawarty (½%). Stosować surowicę śródoponowo lub śródnerwowo można w okresach początkowych, natomiast przy rozwiniętych formach choroby nadają się lepiej ze względu na ilość i częstość wstrzykiwań, wstrzykiwania śródżylne lub podskórne. Co do leczenia miejscowego, to nie należy zanadto zachowawczo postępować, zwłaszcza, gdy zjawiają się pierwsze objawy choroby. Cenne usługi oddają przy tężcu narkotyki i śródżylne wlewania rozczynów soli kuchennej. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo naukowe warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 15. marca 1910.

1) Gliński przedstawił 2 przypadki **białaczki przewlekłej**, limfemii i myelemii i preparaty krwi. W obu przypadkach jako czynnik etyologiczny występuje bardzo wyraźnie uraz.

2) Klein Stanisław przedstawił 22-letniego chorego **z przewlekłem zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej**, trwające 4 lata. Z powodu pcheł (pediculosis vestimenti) chory, za namową znajomych, zastosował następujący oryginalny środek: kawał krajki długości 2 łokci wraz z białkiem od jaja i 3 łutami rtęci tłukł w moździerzu tak długo, póki cała mieszanina nie wsiąkła w krajkę. Tak spreparowaną krajkę zawiesił sobie na piersiach, zmieniając ją z początku co 3 miesiące, a w ostatnim roku co miesiąc. Pchły znikły, natomiast rozwinęło się u chorego rtęcicze zapalenie jamy ustnej.

3) Zdzisław Dobrowolski przedstawił 13-letnią chorą **z kamykiem w lewem nozdrzu.**

4) Mutermilch Stanisław przedstawił **preparaty**

mikroskopowe, bakteryologiczne i hematologiczne, przygotowane **metodą tuszową** Burriego. Metoda ta polega na tem, że na szkiełku przedmiotowem mieszamy kroplę badanego płynu z kroplą rozcieńczonego płynnego tuszu chińskiego i następnie rozprowadzamy cienką warstwą tak, jak to czynimy z preparatami krwi. W preparacie tło jest zabarwione na kolor ciemny żółto-brunatny, składniki zaś morfologiczne, np. bakterye, przedstawiają się nadzwyczaj efektownie, jako twory bezbarwne, błyszczące, o niezmiernie wyraźnych zarysach. Burri i inni autorowie polecają wogóle metodę tuszową do badań mikroskopowych, a zwłaszcza do poszukiwania krętków bladych w wykwitach kiłowych. Burri poleca używać tuszu rozcieńczonego 10-krotnie, inni autowie rozcieńczają tylko dwukrotnie, co radzi też czynić prelegent.

5) Karwacki przedstawił wyniki **badań bakteryologicznych** krwi dwóch przypadków: **plamicy Werlhofa** i **ostrej białaczki** gruczołowej ze skazą krwotoczną. Posiewy w obu przypadkach dały hodowlę prątka wrzecionowatego (bac. fusiformis). W przypadku drugim laseczniki wrzecionowate wykryto w preparatach krwi bezpośrednio. Prelegent uważa obraz chorobowy za zależny od wyhodowanych przez siebie zarazków.

W dyskusyi zaznacza Janowski, że nie można łączyć etyologii plamicy Werlhofa i ostrej białaczki z wynikami badania bakteryologicznego i sądzi, że znalezienie w preparatach krwi i w hodowlach laseczników wrzecionowatych było faktem przypadkowym. — Ryszard Herz podkreśla, że w przemówieniu prelegenta uderza to, iż znajdował on drobnoustroje nawet w preparacie krwi bezpośrednio, co należy do wielkich rzadkości, gdy tymczasem mowca wraz z kol. Kino oglądał kilkanaście preparatów krwi, barwionych również sposobem Giemsy i nie spostrzegał nic podobnego. Zadziwiającem jest również to, że nie znajdowano drobnoustrojów w skrawkach z narządów, w których powinnyby się one były znajdywać, gdyby występowały we krwi w takiej obfitości, że możnaby je było spostrzegać bezpośrednio w preparatach krwi. — Karwacki w odpowiedzi zaznacza, że ma preparaty szpiku kostnego i śledziony, gdzie znajdują się również laseczniki wrzecionowate.

6) Higier: **Stanowisko kliniczne i anatomo-patologiczne niektórych rzadszych chorób mózgowych rodzinno-dziedzicznych.** Higier powstaje przeciwko łączeniu w jedną postać nozologiczną obu odmian rodzinnej diplegii mózgowej, diplegii wczesnego (Higier-Freuda) i późnego (Tay-Sachsa) wieku dziecięcego. Są to dwie choroby zupełnie odrębne, aczkolwiek Vogt, Schaffer i inni usiłują je przedstawić jako jedną postać chorobową. Na zasadzie kilkunastu przypadków diplegii dziecięcej typu Tay-Sachsa i trzech rodzin z diplegią młodzieńczą stwierdza H., co następuje: 1) Postać młodzieńczą zazwyczaj spotyka się w kilku pokoleniach tejże rodziny, postać dziecięcą w jednem. 2) W chorobie Tay-Sachsa uderza usposobienie rasowe i etnologiczne, gdyż zapadają wyłącznie oseski pochodzenia semickiego, polsko-litewskiego, czego nie zauważamy w zwykłej diplegii mózgowej. 3) Postać, rozwijająca się w późniejszym wieku t. j. między 7. a 15. rokiem życia, jest chorobą bardzo rzadką, natomiast choroba Tay-Sachsa, kończąca się zazwyczaj w 2—3. roku życia śmiercią, jest u nas w Królestwie, na Litwie i w prowincyach nadbałtyckich względnie częstem cierpieniem. 4) Swoiste zwyrodnienie symetryczne plamki żółtej siatkówki spotyka się obok ślepoty wyłącznie w dziecięcej postaci choroby Tay-Sachsa. 5) Jednoczesnego wystąpienia obu postaci w jednej rodzinie nie spostrzega się nigdy. 6) Obraz kliniczny w postaci dziecięcej jest stereotypowy, w młodzieńczej różnolity. 7) Istnieją między jedną, a drugą poważne różnice anatomo-patologiczne. W chorobie Tay-Sachsa góruje zupełne zwyrodnienie komórek zwojowych obok zachowania włókien osiowych, w typie zaś przewlekłej diplegii mózgowej późnego dzieciństwa góruje natomiast niewykształcenie, zniekształcenie i zwyrodnienie włókien osiowych obok nietkniętej komórki nerwowej. Łączenie przeto w jednostkę chorobową diplegii mózgowej młodzieńczej (Higier-Freuda) i choroby Tay-Sachsa zarówno ze stanowiska klinicznego, jak anatomo-patologicznego jest conajmniej przedwczesne.

W dyskusyi zaznacza Grundzach, że prelegent nie powiedział o płci chorych na chorobę Tay-Sachsa. — Hewelke zaznacza, że prelegent w przeprowadzeniu rozpoznania różniczkowego między opisywanemi przez siebie dwiema chorobami nazywa pierwszą chorobą rodzimą, a drugą w przeciwstawieniu dziedziczną. Nie odpowiada to najnowszym poglądom. To, co jest rodzime, musi być dziedziczne.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d 2. lutego 1910.

Przewodniczący kol. Sterling. Sekretarz E. Sonnenberg.

1) Kol. Szpot przedstawił dziecko 9-miesięczne z przetoką na szyi, z lewej strony, poniżej chrząstek krtani. Przetoka wydziela śluzowo-ropną skąpą wydzielinę; zgłębnik wchodzi 3 cm ku dołowi i ku górze. Rozpoznanie: **Przetoka zarodkowa ze szpary skrzelowej.** Dziecko odznacza się niezwykłym wzrostem i wagą.

2) Z przyczyny zrzeczenia się przez kol. Pinkusa godności członka sądu honorowego przy Towarzystwie, przystąpiono do wyboru innego członka. Po trzykrotnie powtórzonem głosowaniu wybrany został kol. J. Michalski.

3) Kol. Maybaum przeczytał rzecz p. t.: **O postępach w rozpoznawaniu chorób żołądka.**

I. Zgłębnikowanie żołądka czczego. Obecność treści w żołądku czczym w ilości ponad 10 cm³ wskazuje na stan chorobowy tego narządu. Treść bywa różnorodna: 1) czysty sok żołądkowy bez resztek pokarmowych; 2) wydzielina śluzowa; 3) sok żołądkowy z resztkami pokarmów, dostrzegalnymi gołem okiem; 4) sok z »resztkami mikroskopowemi«, t. j. z resztkami widzialnemi pod drobnowidem. Czysty sok w żołądku czczym jest objawem sokotoku, a wydzielina śluzowa dowodzi sprawy nieżytowej; resztki pokarmów zalegają przy zwężeniu odźwiernika złośliwem lub łagodnem; resztki mikroskopowe świadczą prawie zawsze o zastoju z powodu złośliwego zwężenia odźwiernika.

Pod drobnowidem wykryć można w zawartości żołądka czczego: 1) »ślimacznice« (Jaworskiego); 2) jasnobłyszczące jąderka (Jaworskiego); 3) włókna mięsne, igiełki kw. tłuszczowych; 4) strzępy błony śluzowej; 5) komórki śluzowe, nabłonek wałeczkowy i krwinki białe, duże okrągłe lub wielokątne komórki z błyszczącemi dużemi jądrami i licznemi jamkami w protoplazmie; 6) drożdże, czworniaki; 7) wymoczki, pełzaki, pleśnie, 8) drobnoustroje, prątki nitkowate.

II. Badanie sprawności żołądka bez użycia zgłębnika. (Próba desmoidowa Sahliego). Próba desmoidowa czyli więzadłowa, jakkolwiek nie wolna od zarzutów, zasługuje na stosowanie, bo daje wyniki dość ścisłe, a łatwo ją wykonać. Nie może ona dorównać badaniu zgłębnikiem, bo jest bardziej jednostronna, dając wyjaśnienie tylko, czy sprawność wydzielnicza jest zachowana, czy nie — ale w przypadkach, gdzie zgłębnikowanie jest przeciwwskazane stanowi próba Sahliego ważną metodę rozpoznawczą.

III. Krwawienia utajone. Krew, wykryta kilkakrotnie w kale osób, skarżących się na żołądek, sposobami chemicznymi, a niedostrzegalna gołem okiem, świadczy o krwawieniu w przewodzie pokarmowym. Po największej części wykrywa się utajone krwawienie przy raku i wrzodzie żołądka lub dwunastnicy; przy wrzodzie próba wypada zmiennie, zwłaszcza kiedy zastosowano odżywienie sztuczne przez odbytnicę; przy raku nawet wtedy próba daje wynik dodatni.

IV. Prześwietlanie żołądka promieniami Roentgena. Rentgenoskopia odgrywa w rozpoznawaniu

chorób narządów trawienia ważniejszą rolę od rentgenografii. Jest to jedyna metoda, która uwidocznia ruchy żołądka; podczas przesuwania się pokarmów widać, jak się odźwiernik kurczy i odgranicza od podstawy żołądka i jak miazga pokarmowa przelewa się do dwunastnicy. Prześwietlanie daje dokładny obraz granic żołądka i pod tym względem jest metoda ta niezrównana. W sprawach rozpoznawania zboczeń ruchowych i czynnościowych żołądka, jak również innych zmian chorobowych nie daje rentgenologia przy obecnym jej stanie wskazówek pewnych. (Streszczenie własne).

4) Dyskusya: Kol. Birencweig o próbie więzadłowej sądzi, iż w razie braku, lub spóźnionego występowania zabarwienia moczu nie należy zbyt pospiesznie wnosić o upośledzonej sprawności żołądka, gdyż w grę tu wchodzi prócz działania soku żołądkowego na katgutową nitkę, wessania błękitu metylenu, jeszcze i wydzielnicza zdolność nerek, o której należy się przekonać przed stosowaniem próby więzadłowej. — Sonnenberg zwraca uwagę na to, że mocz przy zastosowaniu próby desmoidowej Sahliego nie zawsze jest zabarwiony na kolor zielony. Zielona barwa moczu zależy od dwóch czynników: od żółtego koloru moczu i od błękitu metylenowego, zielona bowiem barwa stanowi mieszaninę dwóch kolorów: żółtego i niebieskiego. Mocz jednak, jak wiadomo, nie zawsze bywa żółty. Większe lub mniejsze żółte zabarwienie moczu zależy od mniejszego lub większego rozcieńczenia barwiących substancyi, zawartych w moczu i zwykle — z wyjątkiem moczu przy cukrzycy — barwa moczu idzie w parze ze zwiększonym ciężarem właściwym moczu. Mocz, rozcieńczony przez wprowadzenie do ustroju większej ilości napojów, jest blady, i odwrotnie: bywa więcej nasycony, kiedy ustrój traci dużo wody, np. przy obfitem poceniu się. Jeśli więc, gdy mocz jest mało żółty lub bezbarwny, zastosujemy próbę desmoidową Sahliego, to podany wewnętrznie błękit metylenowy nie zabarwi moczu na kolor zielony, lecz na niebieski. Zresztą przy stosowaniu omawianej próby barwa moczu zależy także i od ilości podanego wewnętrznie błękitu metylenowego: wielkie ilości błękitu bez względu na to, czy mocz jest nasycony lub nie, zabarwią mocz na kolor niebieski. — Kol. Kaufman zwraca uwagę, że duże dawki bizmutu (bism. subnitricum), stosowane przy rentgenoskopii żołądka, mogą wywoływać zatrucia. Kol. K. przypomina, iż między innemi opisał przypadek zatrucia kol. Arnstein. — Kol. Maksymilian Cohn podnosi również trujące własności azotanu bizmutu w dużych dawkach. Co do dyafanitu, to przetwór ten ma wiele stron ujemnych, które stanowią przeszkodę do większego jego stosowania. — Kol. Wacław Jasiński zapytuje prelegenta, czy próba z nalewką gwajakową do wykrycia krwawienia utajonego powinna być istotnie stawiana na pierwszem miejscu. Nowsze badania wskazują, że czulszą i mniej żmudną jest próba z benzydyną. Prócz tego kol. J. wspomina o trudnościach prześwietlań żołądka w celach rozpoznawczych. — Kol. Bol. Kon mówi o stosowaniu zamiast trującego azotanu bizmutu (bism. subn.) nieszkodliwego węglanu (bism. carbonic.). — Kol. Trenkner kładzie nacisk na to, że w stanie prawidłowym żołądek czczy zazwyczaj bywa pusty i obecność wolnego kwasu solnego w żołądku czczym u osobników zdrowych należy do zjawisk nadzwyczaj rzadkich i dlatego zawsze budzi podejrzenie co do stanu chorobowego. — Kol. M. Silberstrom zwraca uwagę w sprawie badania utajonej krwi w kale, że ze względu na to, iż pokarmy pozostają w przewodzie pokarmowym 3—4 dni, nie należałoby przez przeciąg tego czasu podawać badanej osobie mięsa, aby nie otrzymać krwi, pochodzącej z pokarmów mięsnych. Co do samych prób krwi utajonej, to kol. S. stosuje prócz próby gwajakowej próbę benzydynową, która jest subtelniejsza i łatwiejsza do wykonania. Ujemną stroną tej próby jest, iż wszystkie przetwory benzydyny są jednakowo czułe. Kol. S. mówił o innej jeszcze odmianie próby gwajakowej, a mianowicie o próbie z aloiną: nie ustępuje ona gwajakowej. Próbę gwajakową można wykonywać nietylko z nalewką gwajakową świeżo przygotowaną: wystarczy trzymanie nalewki w miejscu ciemnem, — nalewka nie traci wówczas przez długi czas swych własności. — Kol. Pański zwraca uwagę na doniosłe znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze, jakie mieć powinno badanie kału co do minimalnych ilości krwi z drobnych krwawień, będących stałym objawem nowotworów przewodu pokarmowego, a nie zdarzających się w cierpieniach nerwowych, w których również występują poważne zmiany błony śluzowej przewodu pokarmowego. Chodzi tu o brak soku żołądkowego (achylia gastr.), obserwowany przy wiądzie (tabes marantica). Chorzy tracą szybko na wadze, przy przeważających objawach żołądkowo-jelitowych; badanie soku żołądkowego wykazuje brak kw. solnego. Dopiero badanie układu nerwowego wykrywa istotną przyrodę cierpienia. Pomyłki nie należą tu do rzadkości. Znane są przypadki wykonania gastro-enterostomii wskutek mylnego rozpoznania nowotworu odźwiernika w przypadkach wiądu. W takich właśnie przypadkach brak dodatnich wyników przy badaniu co do drobnych krwawień dopomógłby do skierowania uwagi na właściwe tory.

Kol. Maybaum odpowiada, że zgadza się z zapatrywaniem, iż przed stosowaniem błękitu metylenowego powinna być stwierdzona sprawność nerek. Mowca podziela zdanie Sonnenberga o zabarwieniu moczu po zastosowaniu błękitu metylenowego. Do próby desmoidowej stosuje się dawki 0,05 błękitu metyl. Zatrucia węglanem bizmutu nie są znane. Opisane dotąd zatrucia wywoływał azotan. Dyafanit jest przetworem drogim i mało stosowanym. Brak krwawień utajonych przemawia za przełomami żołądkowymi (crises gastriques). Próba gwajakowa jest mniej kłopotliwa. Żołądek prawidłowy jest naczczo pusty. Ilości czystego soku żołądkowego poniżej 10 cm bywają niekiedy w żołądku czczym u ludzi zdrowych; jest to t. zw. sok psychiczny, patologicznego znaczenia nie posiadający. E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 15. stycznia 1910.

Obecnych 20 członków.

I. Kol. Batawia wypowiedział rzecz p. t.: **O podśluzowem częściowem wyłuszczeniu przegrody nosowej.** Na wstępie omawia prelegent anatomię przegrody nosowej i najważniejsze przyczyny jej zboczeń. Uraz nie gra tutaj tak ważnej roli, jaką przypisuje mu wielu autorów. Już u niemowląt spostrzegamy znaczną odsetkę nosów niesymetrycznych. Na 31 noworodków, zbadanych w częstochowskim przytułku położniczym, u 10 stwierdził B. wyraźne zboczenie przegrody nosowej. Przebieg porodu niema pod tym względem żadnego znaczenia. U 2 noworodków, wydobytych przez cięcie cesarskie, można było stwierdzić wyraźną asymetryę nosów. O wiele częstszą przyczyną zboczeń jest zapewne nierównomierny rozwój przegrody i ścian nosa. Dalej opisuje B. technikę wyłuszczania przegrody sposobem Kiliana i Jansena, oraz przedstawia używane przez nich narzędzia chirurgiczne. Wspomniawszy w kilku słowach o zmodyfikowaniu powyższej operacyi przez Srebrnego, przedstawia B. dwóch chorych, operowanych sposobem Kiliana.

II. Kol. Biegański wygłosił odczyt p. t.: **Z nowszej literatury lekarskiej.** W ciągu 2 lat ostatnich prelegent wypowiedział szereg odczytów, poświęconych dyagnostyce czynnościowej chorób przewodu pokarmowego i serca. Obecnie streszcza najnowsze badania w sprawie dyagnostyki czynnościowej chorób wątroby i nerek. Omawia szczegółowo prace Boucharda, Dupré, Glässnera i Hohlwega, którzy podają różne sposoby określania sprawności wątroby. W końcu streszcza B. doświadczalne prace Schlaya i Takayasu z kliniki w Tübingen i opisuje sposób odróżniania kłębkowej i cewkowej postaci zapalenia nerek.

III. Kol. Nowak podaje do wiadomości, że częstochowski Oddział warszawskiego Towarzystwa higienicznego urządza w miejscowem muzeum higienicznem wystawę przeciwgruźliczą, której otwarcie nastąpi w połowie lata roku

bieżącego. Kol. N. prosi obecnych o zbieranie dat statystycznych.

IV. Sekretarz kol. Rosenfeld odczytał sprawozdanie roczne z naukowej działalności Towarzystwa.

Na początku roku sprawozdawczego liczyło Towarzystwo 33 członków rzeczywistych, w ciągu roku przybył jeden członek. Prócz tego Tow. liczy 4 członków korespondentów, 2 członków ofiarodawców i 3 członków honorowych. Posiedzeń było 10. Brało w nich udział 18 do 24 członków. Na posiedzeniach wygłoszono następujące odczyty:

1) Medycyna teoretyczna: Kol. Biegański: O znaczeniu soli mineralnych w ustrojach żywych. Kol. Wacław Kohn: Odczyn Wassermana z teoretycznego i klinicznego punktu widzenia.

2) Medycyna praktyczna: Kol. Batawia: Gruźlica krtani i ciąża. Kol. Biegański: O przedmiesiączkowem podniesieniu ciepłoty. Kol. Michałowicz: O epidemii rumienia wielopostaciowego (erythema infectiosum multiforme) po odrze. Tenże: O opukiwaniu kręgosłupa u dzieci. Kol. Pietrasiewicz: O leczeniu rzucawki. Kol. Rosenfeld: O rozpoznawaniu wczesnych objawów gruźlicy płuc. Tenże: O ostrem przeciążeniu serca. Kol. Okuszko: O swoistem leczeniu i rozpoznawaniu gruźlicy. Kol. Judt (z Warszawy): Zastosowanie promieni Röntgena w rozpoznawaniu chorób płuc, żołądka i kiszek.

3) Kazuistyka: Kol. Batawia: Przypadek intubacyi i tracheotomii.

4) Pokazy chorych: Kol. Edward Kohn: Noworodek z bardzo silnem spodziectwem (hypospadiasis penis). Kol. Pietrasiewicz: Plamica krwotoczna Werlhofa. Tenże: Przypadek włókniaka miękkiego (fibroma molluscum). Tenże: Przypadek twardziny skóry (sclerodermia). Tenże: Przypadek cięcia cesarskiego. Kol. Rosenfeld: Dziecko z guzem gruźliczym (tuberculum solitare) mózgu. Kol. Wrześniowski: Przypadek mięsaka szczęki dolnej. Tenże: Chora po operacyi torbieli jajnika.

5) Pokazy preparatów: Kol. Stefan Kohn: Preparat raka żołądka. Kol. Rudzki: Anencephalus z lewostronną przepukliną pachwinową.

6) Sprawozdania: Kol. Pasierbiński: Luhačovice jako miejscowość lecznicza. Kol. Batawia: Sprawozdanie ze Zjazdu lekarskiego międzynarodowego w Peszcie.

7) Sprawy ogólne: Kol. Łokczewski: W sprawie pomocy lekarskiej w fabrykach.

8) Życiorysy: Kol. Biegański: Karol Darwin, Dr Teodor Dunin, Leopold Auenbrugger.

9) Psychofizyologia: Kol. Okuszko: O wzruszeniach.

V. Skarbnik kol. Rejman odczytał sprawozdanie kasowe. Dochód wraz z remanentem z r. 1908 — 446 rb. 83 kop. Rozchód (mieszkanie, służba, opał, światło elektryczne, składka ubezpieczeniowa, książki i t. d.) 311 rb. $89^1/_2$ kop. Na r. 1910 pozostało 134 rb. $93^1/_2$ kop.

VI. Wybory. Wszystkiemi głosami obecnych wybrano Zarząd w dawnym składzie. Jako prezes pozostał kol. Biegański, wiceprezes kol. Wrześniowski, sekretarz kol. Rozenfeld, skarbnik kol. Rejman, bibliotekarz kol. W. Kohn, członkowie Zarządu kol. Łokczewski i Rudzki, członkowie komisyi rewizyjnej kol. Marczewski, Pietrasiewicz i Batawia.

Dr Karol Rosenfeld.

Wrażenia chirurgiczne z klinik berlińskich.

Podał

Dr Zygmunt Lewicki,

sek. szpit. w Samborze.

(Ciąg dalszy).

Nieco bardziej skomplikowany jest sposób znieczulania przy doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej, dlatego Bier najchętniej operuje ją w znieczuleniu lędźwiowem. Posługują się metodą Cushinga: rozczynem Nr I. nastrzykuje się skórę kilku bąblami aż kilka cm poniżej zewnętrznego pierścienia pachwinowego; następnie od pierwszego górnego bąbla wstrzykuje się do tkanki podskórnej w dół na stronę wewnętrzną i zewnętrzną zewnętrznego pierścienia pachwinowego. Wyczekawszy kilka minut, prowadzi się cięcie, ale tylko w górnej części aż do rozcięgna mięśnia skośnego zewnętrznego; pod rozcięgno trzeba wstrzyknąć kilka cm^3 rozczynu Nr II. i przeciąć, unikając jednak okolicy zewnętrznego pierścienia pachwinowego. Po oddzieleniu rozcięgna od podłoża widać m. skośny wewnętrzny, a na nim biegnące nerwy; w każdy widoczny nerw wstrzykuje się kilka kropel rozczynu Nr III. Następnie od zewnętrznego pierścienia pachwinowego wzdłuż wewnętrznej strony więzadła Pouparta ku górze należy wstrzyknąć kilka kropel rozczynu Nr III., dalej tak samo od górnego brzegu rany równolegle do poprzedniego wstrzyknięcia w m. skośny wewnętrzny na wewnętrzną stronę zewnętrznego pierścienia pachwinowego aż do kości łonowej i wreszcie trzeci raz od kości łonowej do więzadła Pouparta poprzecznie. Skoro się otworzy worek przepuklinowy, nastrzykuje się jeszcze ile możności bardzo szeroko tkankę przyotrzewną rozczynem Nr II. i kończy się operacyą. Jak widać z opisu tego znieczulenia, operacya w takich warunkach do przyjemnych nie należy, uważałem jednak za swój obowiązek opisać je, bo świadczy, ile zadają sobie pracy chirurdzy, byle tylko uniknąć ogólnego uśpienia.

Przy znieczuleniu palca założyć trzeba u nasady palca cienki sączek gumowy w ten sposób, że krzyżuje się go na grzbietowej stronie, a dalej w okolicy stawu nadgarstkowego zawiązuje; w ten sposób opanowuje się krwawienie i znieczulenie jest pewniejsze. Obwodowo od sączka i tuż przy nim trzeba strzykawką 1-gramową o bardzo cieniutkiej igiełce wstrzyknąć rozczyn $^1/_2\%$ kokainy, robiąc dwa wkłucia po obu stronach palca blisko strony grzbietowej. Palec chory musi być wyprostowany, a reszta w zgięciu. Linia wstrzyknięcia idzie wprost na dłoniową stronę palca, a potem z tych samych miejsc wzdłuż obu stron palca. W pięć minut występuje znieczulenie zupełne t. z. skóra, tkanka podskórna i kość są zupełnie niewrażliwe. Wystarcza 3—4 cm^3 rozczynu. Nigdzie znieczulenie tak się nie udaje, jak właśnie na palcach.

Na klinice Biera widziałem kilkanaście większych operacyi na kończynach, jak: amputacye, resekcye stawów i t. p. w znieczuleniu t. zw. żylnem. Sprawa to obecnie najmodniejsza i budzi wielkie zajęcie, a nowy ten sposób podany został niedawno przez Biera (ogłosiłem technikę w Przeglądzie lekarskim).

Z uśpieniem chloroformowem u Biera prawie się nie spotkałem; używa on wyłącznie tylko eteru i znieczulenia lędźwiowego; u Hildebranda zaś chloroform obok eteru i znieczulenia lędźwiowego ma ciągle dawne uznanie. Klapp z kliniki Biera podał nowy sposób usypiania przy zmniejszonem sztucznie krążeniu. Oparł się on na doświadczeniu, że kobiety (n. p. podczas porodu) i mężczyźni — nawet alkoholicy — po znacznych utratach krwi usypiają znacznie szybciej i zużywają mniej środka usypiającego. Przy uśpieniu wyzyskał Klapp ten fakt w ten sposób, że sztucznie pewną część krwi wyłącza z pod działania środka usypiającego przez założenie na kończynach opasek uciskowych tak silnie, by krążenie zupełnie ustało. — W jednym przypadku operacyi wyrostka robaczkowego — jak miałem sposobność stwierdzić — wystarczyło 30 cm^3 eteru do zupełnego uśpienia na przeciąg całej operacyi. To samo stwierdza Hörmann [3]) z kliniki Döderleina, który przeprowadził próby i podał dokładne liczby, o ile mniej przy tej samej ilości operowanych zużyto eteru i chloroformu przy zastosowaniu metody Klappa. Wedle Klappa zalety tej metody są następujące: 1) Zużycie mniejszej ilości eteru, a zwła-

[3]) Münchener med. Wochenschrift Nr 42, 1909.

szcza chloroformu. 2) Szybki powrót operowanego do przytomności. 3) W razie zapadu podczas uśpienia wystarcza zdjęcie opasek uciskowych, by oddychanie wróciło do stanu prawidłowego. Przeciwwskazanie do tego sposobu uśpienia stanowi stwardnienie naczyń, a Hörmann dodaje jeszcze i żylaki na kończynach.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Do Krajowego Związku lekarzy przystąpili w dalszym ciągu: z Krakowa: Prof. Dr Wacław Chlumsky, Dr Teodor Cybulski, Dr Edward Szwarcenberg-Czerny, Dr Herman Hirsch, Dr Jan Landau jun., Dr Adam Łobaczewski, Dr Wilhelm Weissglas, Dr Ludwik Wilczyński, Prof. Dr St. Braun, Dr Zygmunt Wachtel, starszy; z Podgórza: Dr Adam Piórko, Dr Henryk Pisek; z Nowego Sącza: Drowie Dudziński, Filewicz, Kozaczka, Mohr, Płochocki, Siedlecki, Silbermann, chir. Maurycy Zauderer, Dr Edward Zieliński; z Gorlic: Dr Żuławski; z Grybowa: Dr Czesław Waligórski; z Mszany Dolnej: Dr Herzig; z Dobczyc: Dr Julian Nieć; z Suchej: Dr Karol Spannbauer; ze Szczakowej: Dr Karol Schnek; z Chrzanowa: Dr Bronisław Tabor; z Oświęcimia: Dr Leopold Wechsler; ze Sniatyna: Dr Jakób Krok, z Drohobycza: Drowie Bory, Czapelski, Eliasiewicz, Friedmann, Hoffner, Kessler, Klarfeld, Bron. Kozłowski, Lechowski, Mindes, Tiegerman, Winogrodzki; z Borysławia: Dr St. Dwernicki, Maks. Kapellner; z Sambora: Drowie Alfred Braun, Chrząszczewski, Klauber, Markiewicz, Al. Ruczka, Sobolewski; z Podbuża: Dr Lehman; ze Stebnika: Dr Węclewski; ze Stryja: Drowie Hopfen, Kiczałes, M. K. Kowalski, Linsker, J. Lippel, Löw, Peczenik, Schindler, Mieczysław Sołtysik; z Doliny: Dr Kotłowski; z Kałusza: Dr Dyonizy Markiewicz; z Rozdołu: Dr Sussmann. W.

Na zebraniu lekarzy z Nowego Sącza, Gorlic, Grybowa, Limanowej, Mszany i okolicy, odbytem w d. 14. V. b. r. w Nowym Sączu pod przewodnictwem kol. Filewicza, postanowiono przystąpić gremialnie do Krajowego Związku lekarzy i sprawę organizacyi jaknajenergiczniej popierać. Przygotowaniem zebrania zajmował się kol. Ameisen z N. Sącza; na zebraniu byli obecni kol. Żydłowicz i Ciechanowski, jako delegaci Związku. R.

Gromadne ustąpienie lekarzy z posad. Dzienniki donoszą, że sekundaryusze czescy i niemieccy powszechnego szpitala w Pradze postanowili wypowiedzieć posady, ponieważ żądanie ich zrównania poborów z lekarzami szpitalnymi innych miast austryackich nie zostały uwzględnione. Żądają oni mianowicie, aby sekundaryusze pierwszej kategoryi otrzymali płacę 2.800 kor. zamiast dotychczasowych 1.800 kor., a sekundaryusze drugiej kategoryi 2.000 kor. zamiast 1.400 kor., dalej wikt i odpowiednie mieszkanie. Prócz tego domagają się dłuższych urlopów i t. p. R.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 8. V. do 14. V. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w m. Krakowie 2, w pow. Czortków (Bazar 2), Gródek jagiell. (Stradez 3), Grybów (Izby 4, Florynka 1, Banica 3), Horodenka (Żywaczów 10, Żahokruki 2), Jaworów (Czerczyk 2, Jazów stary 4), Kołomyja (Buczaczki 2), Lisko (Hoszowczyk 1), Nadwórna (Osławy białe 2), Nowy Sącz (Łososina dolna 1), Podhajce (Wiśniowczyk 2), Rawa (Kamienna 5), Przemyślany (Nowosiółki 5), Skałat (Kaczanówka 3), Sniatyn (Tułuków 3, Wołczkowce 1, Ilińce 6), Stryj (Hołowiecko 3), Tłumacz (Olesza 8), Zborów (Kudobińce 8); ospy sprawdzono 3 przypadki w Sokolnikach pow. Tarnobrzeg (zawleczono z Królestwa). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. V. do 14. V. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 1 (w tem obcych 5 † 1), krztuśca 2, płonicy 9 † 2 (3 † 1), duru osutkowego † 1, duru brzusznego 5, róży 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 27. III. do 16. IV. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 59 † 13 (w całem mieście † 35), odry 8 († 2), płonicy 19 † 1 († 8), błonicy 18 † 1 († 6), duru brzusznego 24 † 3 († 10), duru plamistego 68 † 3 († 5), róży 36 † 1 († 1).

(Gaz. lek. Nr 20).

Wiadomości bieżące.

Czas Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie został oznaczony na 6, 7. i 8. października r. b. Zgłoszenia wykładów, oraz zapisy na Zjazd przyjmuje Biuro komitetu Zjazdowego (Warszawa, ul. Kopernika 15 — Prof. Dr Kryński).

Delegacya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich przypomina, że termin zwrotu bloczków statystycznych w sprawie gruźlicy już minął i uprasza uprzejmie tych kolegów, którzy zajmowali się zbieraniem statystyki, o odesłanie bloczków pod adresem, na bloczkach wymienionym.

Wskutek ogłoszenia przez Wydział krajowy konkursu na stanowisko prymaryusza oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu krajowym lwowskim staje na porządku dziennym sprawa obsadzenia tego stanowiska. Mieliśmy już niejednokrotnie sposobność zaznaczyć, że nasze oba krajowe szpitale mają znaczenie niezmiernie doniosłe także ze względu na wykształcenie i wyrabianie się młodych pokoleń lekarskich; oddziały tych szpitali mają tu poniekąd podobne zadania, jak kliniki uniwersyteckie, a zadania te po wielekroć już zaszczytnie i z pożytkiem dla kraju spełniały. Oprócz tych zadań dydaktycznych nie można spuszczać z oka i zadań naukowych, ciążących na obu naszych największych szpitalach, które powinny być warsztatem dla samodzielnego rozwoju sił lekarskich, zdolnych działać twórczo, i które powinny, idąc ręka w rękę z uniwersytetami, dawać pole i sposobność przyszłym nauczycielom młodych pokoleń lekarskich do pracy niezależnej, opartej na własnym materyale.

To też ufamy, że przy obsadzeniu jednego z najważniejszych stanowisk, jakiem jest lwowski prymaryat oddziału chorób wewnętrznych, Wydział krajowy uwzględni dydaktyczne i naukowe zadania, z tym prymaryatem związane, i że obsadzenie to nastąpi rychło z jaknajwiększem skróceniem niekorzystnego zawsze okresu przejściowego.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 18. V. 1910 posiedzenie, na którem Dr Steuermark przedstawił kilka przypadków rzadszych chorób skórnych, leczonych promieniami Röntgena; w dyskusyi przemawiał Dr Borzęcki. Inżynier Stobiecki wygłosił odczyt p. t. »W sprawie publicznego muzeum przyrodniczego«. Dyskusyę odroczono do następnego posiedzenia.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Wilhelm Gemeiner rodem z Krakowa i p. Ada Markowa, Dr Wszechnicy zurychskiej.

— Na »Fundusz im Pareńskiego dla ozdrowieńców, opuszczających szpital św. Łazarza«, nadesłali do d. 15. V. 1910: Dr Schneider L. 500 kor., Prof. Dr M. Jakubowski, Dr A. Łobaczewski, Dr F. Eichhorn po 50 kor., Prof. Dr Reiss, Prof. Dr Krzyształowicz, Prof. Dr Chlumsky, Prof. Dr W. Jaworski, Dr Boczar, skarb Izdebnicki po 20 kor., Dr L. Kossak, Prof. Dr Gliński, Prof. Dr L. Rydygier, Dr L. Kopff, P. Seeling po 10 kor., Dr Mączka, Dr Bannet po 5 kor.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w dn. 12. V. 1910 wygłoszono m. i. następujące komunikaty: P. Z. Wóycicki: Przyczynek do cytologii t. zw. tkanki hyperhydralnej; P. W. Smosarski: O długości usłonecznienia w Warszawie (przedstawił p. W. Gorczyński); P. J. Tur: O rozrastaniu się pola naczyniowego u zarodków normalnych i platyneurycznych.

Łódź. Do podkomisyi redakcyjnej w Łodzi nadesłano list następujący z prośbą o wydrukowanie: »Oświadczam niniejszem, że pogłoski w mojem imieniu po mieście rozsiewane, a mogące uwłaczać dwu kolegom, okazały się nieuzasadnionemi; wyrażam żal, że do nich mimowoli się przyczyniłem. Dr S. Kantor«.

Z różnych stron. Porządek dzienny XII ogólnego Zgromadzenia Polskiego Związku lekarzy i przyrodn. w Petersburgu w d. 7 (20) V. 1910 obejmował następujące wykłady: 1) Prof. Dr St. Zaleski: »O promieniotwórczości wód mineralnych«. 2) Inż. M. Pieretiatkowicz: »O planowaniu miast«.

— Jak się z dobrego źródła dowiadujemy, postanowiła czeska sekcya słowiańskiego Komitetu lekarskiego pojechać do Sofii na Zjazd lekarzy bułgarskich (w czasie Zjazdu polityków słowiańskich), w przyszłości jednak nie łączyć się ze zjazdami politycznymi neosłowiańskimi, a zajmować się wyłącznie tylko lekarskimi zjazdami międzynarodowymi lub narodowymi.

— »Casopis lekaruv ceskych« donosi w Nrze 20, że Związek lekarzy bułgarskich postanowił na wypadek, gdyby projektowany Zjazd Komitetu lek. słowiańskiego doszedł do skutku w r. b. w Sofii, przenieść swoje doroczne zgromadzenie z Ruszczuku, gdzie miało się odbyć, do Sofii na dzień 22. lipca st. st. Na dorocznem tem zgromadzeniu, odbywającem się równocześnie z posiedzeniami Komitetu słowiańskiego, wybraliby lekarze bułgarscy swoich delegatów do Komitetu słowiańskiego; potem zaś odbyłoby się wspólne posiedzenie przybyłych lekarzy-Słowian z lekarzami bułgarskimi, na którem złożonoby sprawozdania ze stanu sanitarnego i organizacyi lekarskiej w Bułgaryi i innych krajach słowiańskich, ze stanu walki z gruźlicą w Bułgaryi i ze stanu zdrojowisk bułgarskich.

— »Münchener medizinische Wochenschrift« (wydawana, jak wiadomo, podobnie, jak nasze czasopisma, t. j. przez grono lekarzy, nie liczące na zyski z wydawnictwa), ofiarowała z dochodów pisma w r. 1909 na cele filantropijno-lekarskie 14.660 Mk., a na fundacyę im. Bollingera (pomoc naukowa) 5000 Mk.

Zmarli: interniści Prof. Curschmann w Lipsku, Prof. Affanasiew w Petersburgu, Prof. Edlefsen w Hamburgu, dermatolog Prof. Mibelli w Parmie.

Redakcya otrzymała: Dłuski: Einige Bemerkungen über die spezifische Therapie der Tuberkulose, »Beiträge z. Klinik der Tuberk.« 1910. — Hornowski: Badania nad t. zw. krwiakami zastawek serca. — Wicherkiewicz: Słowo w sprawie obchodu rocznicy grunwaldzkiej 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 25. maja 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Rosenhauch: Wyniki nowszych badań nad jaglicą.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Veronal-Natrium przeciw chorobie morskiej (Dr L. Pauly. Berl. klin. Woch. 1910. Nr 1, jakoteż Dr Galler. Ther. der Gegenwart 1910. Zesz. 2). Obaj autorowie opierają się na bogatem doświadczeniu i obaj spostrzegali w najczęstszych przypadkach choroby morskiej znaczną ulgę w dolegliwościach po podaniu veronal-natrium. Skuteczność tego przetworu przewyższa bądź co bądź działanie innych w tym celu polecanych leków. (Wyrób firmy E. Merck). MK. W.

Eumenol (Merck) poleca Dr Richard Palm (Münch. med. Woch. 1910. Nr 1), jako środek skuteczny przeciw brakowi miesiączkowania. Dr Bucks poleca go również przeciw bolesnej regularności, w czem atoli brak Dr Palmowi doświadczenia osobistego. MK. W.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, lekarz zakładowy.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").

Dr **Dębicki Klemens**, „Pod Jeleniem".

Dr **Lewicki Stanisław**, b. asystent kliniki położ. ginek. Uniwersytetu lwowskiego.

Rabka.

Dr **Lang Otokar**, Willa „pod Luboniem".

Dr **Supiński E.**, lekarz zdrojowy.

Szczawnica.

Dr **Kołączkowski**, ord. i prowadzi pensyonat hidropatyczny

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon**.

Dr **Praschil Tadeusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3

Cieplice Trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Przybylski Stan.** Palast Hotel. Wejście od Kirchenstr.

Dr **Steinsberg Leopold**, we własnym zakładzie leczniczym, (Willa Dra Steinsberga).

Dr **Zeitner Józef**, Kirchenstr. Villa „Stadt Paris".

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski**, Radca ces., Villa „Höflinger" IV.

Kissingen (w Bawaryi).

Dr **Chłapowski F.**, Radca san. Prinzregentenstr. 1, tamże pensyonat dyetetyczny własny.

Dr **Maciejewski**, Sanatorium „Quo vadis" Ludwigstr. 16.

Doc. Dr **Modrakowski J.**, Villa „Elsa".

Marienbad.

Dr **Jasinicka Marya**. Schloss Heilbronn, Kaiserstrasse.

Dr **Kwiatkowski Stanisław Benedykt**, ordynuje od 1 maja do 1 października „Haus Hamburg".

Dr **Obmiński Ksawery**, Heidlerhaus obok Klingera. Ordynuje jak w roku ubiegłym od maja do października

Dr **Z. Szczepański**, od 20 maja „Haus Schiller".